

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER COM ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA EM
PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE KENNEDY, SANTA MARIA/RS**

MILENE DA SILVA ANTUNES

Pelotas, RS

2015

MILENE DA SILVA ANTUNES

Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher com enfoque na Prevenção do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama em Pacientes da Unidade Básica de Saúde Kennedy, Santa Maria/RS

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como pré-requisito de avaliação para a obtenção do título de **Especialista em Saúde da Família**.

Orientadora: Bianca Bittencourt de Souza

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A636m Antunes, Milene da Silva

Melhoria da atenção à saúde da mulher com enfoque na prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mama em pacientes da Unidade Básica de Saúde Kennedy, Santa Maria/RS / Milene da Silva Antunes ; Bianca Bittencourt de Souza, orientadora. — Pelotas, 2015.

89 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Neoplasias do colo do útero. 5. Neoplasias da mama. I. Souza, Bianca Bittencourt de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

DEDICATÓRIA

**Dedico este trabalho a minha família,
ao meu noivo e à equipe da UBS Kennedy.**

AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial aos meus queridos pais, pelo estímulo constante em todos os momentos de minha trajetória.

Ao meu noivo, pelo incentivo, carinho e, sobretudo, paciência nas horas difíceis.

À Equipe da Unidade Básica de Saúde Kennedy, pelo acolhimento carinhoso, pelas amizades conquistadas e pela oportunidade de trabalho recompensadora.

Aos pacientes, meu respeito e agradecimento.

“Quando nada parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras martelando sua rocha talvez cem vezes sem que nem uma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas, e eu sei que não foi aquela martelada a que conseguiu, mas todas as que vieram antes.”
(Jacob Riis)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exames citopatológicos do colo do útero em dia durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	62
Figura 2 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame das mamas em dia durante os meses de Intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	63
Figura 3 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	64
Figura 4 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram à UBS para conhecer o resultado, durante os meses da intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	65
Figura 5 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado, durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	66
Figura 6 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado do exame citopatológico e foi realizada busca ativa durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	67
Figura 7 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado da mamografia e foi realizada busca ativa durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	68
Figura 8 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	68

Figura 9 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado da mamografia durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	69
Figura 10 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero durante os meses da intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	70
Figura 11 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	70
Figura 12 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	71
Figura 13 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação durante a intervenção sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014	72

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEREST – Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPV – Papilomavírus Humano

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UNIFRA – Centro Universitário Franciscano

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	29
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa	30
2.2 Objetivos e metas	32
2.3 Metodologia	34
2.3.1 Detalhamento das ações	34
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da Intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	72
4.3 Relatório de intervenção para os gestores	74
4.4 Relatório de intervenção para a comunidade	76
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	78
6 Bibliografia	79
Anexos	80
Anexo 1 – Planilha de objetivos, metas, indicadores e ações	81
Anexo 2 – Ficha espelho	85

Anexo 3 – Planilha de coleta de dados	87
Anexo 4 – Documento do comitê de ética	89

RESUMO

ANTUNES, Milene da Silva. **Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher com enfoque na Prevenção do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama em Pacientes da Unidade Básica de Saúde Kennedy, Santa Maria/RS.** 2015. 90f.; il. Trabalho Acadêmico (Especialização) Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil e no mundo justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, bem como tratamento e encaminhamentos a outros níveis de atenção, quando necessário. Este trabalho teve como objetivo a qualificação da atenção à saúde da mulher em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santa Maria – RS. Para isso foi realizada uma intervenção com o objetivo de ampliar a cobertura de detecção precoce para os cânceres do colo do útero e da mama dentro da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, aprimorar os registros das informações coletadas e o mapeamento da região, melhorar a qualidade de atendimento e a adesão das pacientes, realizar atividades de promoção e prevenção em saúde e avaliar o impacto dessas intervenções no nível de saúde dessa população. Todos os dados foram coletados através de uma planilha fornecida pelo curso de especialização. A intervenção propiciou uma elevação da cobertura além da esperada de ambas as doenças, quase 87% na detecção do câncer do colo do útero após a intervenção e 85% na detecção do câncer de mama. O desafio que se impõe daqui pra frente é a continuidade desta e outras ações programáticas e a busca cada vez maior do comprometimento dos profissionais com a qualidade do atendimento e adesão das pacientes.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Programas de Rastreamento. Neoplasias do colo do útero. Neoplasias da Mama.

APRESENTAÇÃO

O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica de uma Unidade Básica de Saúde do município de Santa Maria/RS, visando a qualificação da atenção à saúde da mulher, com enfoque na prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama.

Este volume inicia-se com a Análise Situacional, explicitando a situação do serviço de saúde através da descrição dos principais problemas detectados. A seguir, apresenta-se a Análise Estratégica, que é o projeto de intervenção propriamente dito, baseado no Caderno de Atenção Básica sobre Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama elaborado pelo Ministério da Saúde em 2013. Posteriormente apresentamos o Relatório da Intervenção, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas durante este período, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. Segue-se com a Avaliação da Intervenção, momento em que são discutidos os resultados obtidos; e, finalmente, faz-se uma reflexão crítica sobre todo o processo de aprendizagem e da implementação da intervenção.

1 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

"Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?"

Trabalho na UBS (Unidade Básica de Saúde) Kennedy em Santa Maria/RS. A Unidade trabalhava até março de 2014 em regime de demanda espontânea, focada essencialmente no processo curativo, com medidas preventivas quase inexistentes. Quatro médicos clínicos gerais, três ginecologistas, dois pediatras e dois dentistas exercem suas atividades no local.

Há cerca de 10 anos existem ACS (Agentes Comunitários de Saúde) trabalhando na comunidade, porém uma equipe de atenção primária realmente estruturada nunca existiu. Convém salientar que há carência de novos agentes de saúde, visto que, de acordo com a população da região, seriam necessários cerca de 20 agentes na totalidade, ou seja, atualmente somente 50% da área é coberta por esses funcionários.

A estrutura da UBS é relativamente boa. Existem quatro consultórios, uma sala de vacinas, uma sala de observação, uma sala de planejamento familiar, uma sala de saúde da criança, uma sala para curativos, uma sala para dentista, farmácia, recepção, uma sala para os agentes comunitários de saúde e uma sala de reuniões. Todas, em geral, encontram-se conservadas. Uma parte mais antiga da Unidade está em reforma há cerca de dois meses e não tem previsão para ficar pronta.

Enquanto o espaço físico não é tão insatisfatório, a falta de material com frequência o é. Medicamentos básicos muitas vezes estão ausentes na farmácia e não raro ocorre falta de papel toalha ou de luvas de procedimento. Não há farmacêutico na Unidade, a disponibilização das medicações aos pacientes é feita diretamente pelo enfermeiro que deixa de realizar suas atividades no posto de enfermagem para entregar alguma medicação ao paciente.

A tentativa de implantação da ESF (Estratégia de Saúde da Família) neste local é bastante recente. Em março de 2014, com a chegada de profissionais do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) e do Programa Mais Médicos, vem ocorrendo uma maior tentativa de implantação dessa estratégia.

Como toda mudança gera desconforto em quem está acostumado com uma determinada situação, alguns funcionários mostraram-se bastante relutantes em aceitar a nova ideia. Outros, no entanto (como é o caso dos agentes comunitários de saúde), mostraram-se extremamente engajados e dispostos a educar a população assistida sobre a tentativa de implantação da ESF.

Atualmente, a UBS Kennedy pode ser denominada uma Unidade Mista, visto que os atendimentos de livre demanda permanecem, enquanto a ideia de ESF vem sendo construída aos poucos. Foram realizados desde a confecção de prontuários, até cadastramento das famílias por área e por agente e devidamente separadas em arquivos a fim de que a consulta a esses dados seja facilitada.

Não existem recepcionistas/secretários próprios para a ESF. Duas atendentes trabalham por turno na Unidade e estão sendo educadas quanto a essa implantação. Mesmo assim, há certa relutância e/ou entendimento inadequado em separar a demanda livre das consultas agendadas propostas para as áreas cobertas. Até o momento, a procura de arquivos, bem como o preenchimento das fichas de atendimentos ficam a critério do médico da ESF.

Nesse momento, as equipes de ESF ainda não estão bem estruturadas. Existem um médico do PROVAB, um médico do Programa Mais Médicos e 10 agentes comunitários. Enfermeiros e técnicos de enfermagem ainda não estão presentes nas equipes. Para suprir essa necessidade, por enquanto contamos com a ajuda da equipe de enfermagem que atende a livre demanda. Segundo a Secretaria de Saúde da cidade, a equipe estará completa em, no máximo, um a dois meses.

O processo educativo da população, realizado através dos agentes comunitários de saúde - abrangendo, portanto, somente uma certa área - tem sido parcialmente satisfatório. Alguns ainda preferem o modelo já estabelecido da Unidade, mas muitos outros estão aderindo e preferindo o novo processo com consultas agendadas e um maior enfoque na prevenção.

Reuniões de grupos (hipertensos e diabéticos) estão sendo realizadas uma vez ao mês e estão sendo bem aceitos pelos participantes. A ideia, ao tentar implementar a ESF, é mantermos os existentes aumentando a frequência de encontros e formarmos, ao longo do ano, novos grupos, como planejamento familiar, saúde da criança e saúde da mulher.

Reuniões com a equipe são realizadas todas as sextas-feiras. Essa é a oportunidade de conversarmos mais sobre atenção primária e sobre a ESF, tentar resolver eventuais problemas que possam ter ocorrido durante a semana e tentar melhorar os aspectos negativos. Antes da chegada dos médicos do PROVAB e do Mais Médicos, apenas os agentes de saúde e alguns membros da equipe da enfermagem compareciam às reuniões. Atualmente, o encontro ocorre com a presença de médicos (somente os dos programas citados anteriormente), enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas parcerias com a Psicologia de duas universidades da cidade (Unifra e UFSM) e com a Terapia Ocupacional (UFSM) estão sendo iniciadas. Os outros profissionais não costumam comparecer.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Santa Maria está localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul com uma área de 1.781,757 km² e uma população estimada no ano de 2014 de 274 mil habitantes (IBGE, 2014). É considerado o 4º município mais populoso do Estado e o maior de sua região, contabilizando quase um milhão de habitantes. Por abrigar uma grande quantidade de instituições de ensino, a cidade é conhecida como "Cidade-Cultura".

A cidade conta com 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), algumas baseadas no modelo tradicional e outras aderindo (ou já em pleno funcionamento) à Estratégia de Saúde da Família. São 14 ESF já instaladas na cidade, cinco Unidades mistas (parte atendendo a livre demanda do modelo tradicional e parte implementando a ESF) e oito UBS puramente tradicionais. A cidade conta com um Pronto Atendimento adulto e infantil, abertos 24 horas por dia e também com um Pronto Atendimento Odontológico com horários pré-definidos. Localizadas junto às subprefeituras, estão cinco Unidades Distritais: Arroio do Só, Arroio Grande, Boca do Monte, Santa Flora e São Valentim, algumas já com Estratégias da Saúde da Família implantadas.

Para auxiliar na área da saúde mental, o município conta com o apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São em número de quatro – CAPS Caminhos do Sol, CAPS Companhia do Recomeço, CAPS Infantil O Equilibrista e CAPS Prado Veppo - abrangendo atendimentos de crianças, adolescentes e adultos

com transtornos mentais graves e atendimentos a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool de drogas. Existem também serviços de atendimentos psicológicos e psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais leves a moderados, como o Ambulatório de Saúde Mental. Outro serviço auxiliar denomina-se CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), que é um serviço de abrangência regional especializado na área de saúde do trabalhador, tendo como principal objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Uma falha bastante evidente na rede de atenção básica do município é a não disponibilidade de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Existe um planejamento da atual gestão para implantação do NASF e, assim, prover maior apoio a atenção básica.

A atenção especializada corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológicos e ortopédicos, ações odontológicas, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, entre outros. Em Santa Maria estes serviços são disponibilizados nos hospitais do município, como o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Casa de Saúde. A demanda é, sem dúvida, maior que a oferta. Sabe-se que alguns pacientes podem levar meses a anos para conseguir um encaminhamento ou um exame mais complexo. Já os exames complementares básicos (patologia clínica em geral e citopatológicos) são efetuados com razoável facilidade dentro das UBS, em grande parte delas através de um convênio com laboratórios particulares.

A UBS Kennedy, no bairro Salgado Filho em Santa Maria, é uma unidade urbana que abrange uma população bastante numerosa. A Unidade trabalhava até março de 2014 unicamente em regime de demanda espontânea, focada essencialmente no processo curativo, com medidas preventivas quase inexistentes. Quatro médicos clínicos gerais, três ginecologistas, dois pediatras e dois dentistas exercem suas atividades no local. Há cerca de 10 anos existem agentes comunitários de saúde trabalhando na comunidade, porém uma equipe de atenção primária realmente estruturada nunca existiu. Convém salientar a carência de novos agentes da saúde. De acordo a população da região, seriam necessários cerca de

20 agentes na totalidade, ou seja, atualmente 50% da área apenas é coberta por esses funcionários.

Atualmente, a UBS Kennedy pode ser denominada uma Unidade Mista, visto que os atendimentos de livre demanda permanecem, enquanto que a modificação para ESF vem sendo construída. Foram realizados desde a confecção de prontuários, até cadastramento das famílias por área e por agente e categoricamente separadas em arquivos a fim de que a consulta a esses dados seja facilitada. Não existe um recepcionista/secretário próprio para a ESF. Dois atendentes trabalham por turno e estão sendo educados quanto a essa implantação. Mesmo assim, há certa relutância e/ou entendimento inadequado em separar a demanda livre das consultas agendadas propostas para as áreas cobertas. Nesse momento, as equipes de ESF ainda não estão bem estruturadas. Existem dois médicos da ESF e 10 agentes comunitários somente, sendo formadas duas equipes, compostas de um médico e cinco agentes de saúde, cada. Técnicos de enfermagem não compõem as equipes e um enfermeiro aderiu à ESF somente em novembro de 2014, após nove meses da implementação do novo modelo. Segundo promessas da Secretaria de Saúde municipal, a equipe estaria completa em, no máximo, um a dois meses.

A UBS Kennedy é uma unidade ampla e que abrange uma população bastante numerosa (cerca de 4000 pacientes cadastrados, o que corresponde a menos de 50% da população que realmente frequenta o local). O número de funcionários é bastante reduzido quando comparado ao contingente de atendimentos diários. Levando esse fato em conta, realmente fica um tanto complicado organizar um serviço qualificado de atendimento à demanda espontânea no local. Mudanças a curto prazo (como aumento do número de funcionários na equipe de ESF) são promessas constantes da Secretaria de Saúde da cidade. A partir daí, poderemos pensar em estratégias para melhorar a situação atual.

A estrutura da Unidade é relativamente boa. Existem quatro consultórios, uma sala de vacinas, uma sala de observação, uma sala de planejamento familiar, uma sala de saúde da criança, uma sala para curativos, uma sala para dentista, farmácia, recepção, uma sala para os agentes de saúde e uma sala de reuniões. Todas, em geral, encontram-se conservadas. Uma parte mais antiga da UBS está em reforma há cerca de dois meses e não tem previsão para ficar pronta. Enquanto o espaço físico não é tão insatisfatório, a falta de material muitas vezes o é.

Observa-se a ausência de medicações básicas e com frequência ocorre falta de papel toalha ou de luvas de procedimento. Não há farmacêutico na Unidade, a disponibilização das medicações aos pacientes é feita diretamente pelo enfermeiro sobrecarregando este profissional.

É possível identificar o processo educativo da população como parcialmente satisfatório. Tal processo é realizado pelos médicos e pelos agentes comunitários de saúde. Alguns pacientes ainda preferem o modelo de demanda livre exclusiva já estabelecido da Unidade, mas parte da comunidade está aderindo e preferindo o novo processo com consultas agendadas e um maior enfoque na prevenção. Reuniões de grupos (hipertensos e diabéticos) são realizadas mensalmente e estão sendo bem aceitas pelos participantes. A ideia, ao tentar implementar a ESF, é mantermos os grupos existentes aumentando a frequência de encontros e formarmos, ao longo do ano, novos grupos, como planejamento familiar, saúde da criança, saúde da mulher, entre outros.

Reuniões com a equipe são realizadas semanalmente, sendo esta a oportunidade para discussões sobre eventuais problemas que possam ter ocorrido durante a semana e tentar melhorar os aspectos negativos. Antes da chegada dos médicos do PROVAB e do Mais Médicos, apenas os agentes de saúde e alguns membros da equipe de enfermagem compareciam às reuniões. Atualmente, o encontro ocorre com a presença de médicos (apenas dos dois programas já citados), equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas parcerias com a Psicologia de duas universidades da cidade (Unifra e UFSM) e com a Terapia Ocupacional (UFSM) estão sendo iniciadas. Os outros profissionais não costumam comparecer.

O atendimento à puericultura/pediatria é realizado por quatro profissionais na UBS: dois pediatras e dois médicos da ESF. A maior parte das consultas dos pediatras é por meio de distribuição de fichas durante o início de cada turno, dando atenção à demanda espontânea na maior parte das vezes. Algumas consultas são agendadas por esses profissionais, especialmente retornos. Os médicos da ESF atuam com consultas agendadas, exceto em casos de urgência/emergência. O atendimento não é diário, motivo também de superlotação nos turnos em que há médicos para essa área. Os dois pediatras realizam atendimentos também de pacientes fora da área de cobertura e não cadastrados. Os médicos da ESF tentam trabalhar preferencialmente com pacientes cadastrados de sua região e sempre a

criança sai com o retorno marcado. Tal fato nem sempre acontece com os outros profissionais, justamente por realizarem muitos atendimentos de demanda espontânea. Problemas agudos de saúde - para pacientes cadastrados ou não - são atendidos pelos quatro profissionais citados, mas somente casos leves permanecem na UBS (casos que necessitem procedimentos existentes, por exemplo a nebulização). Para casos mais complexos, ocorre o encaminhamento para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou para o PA (Pronto Atendimento) municipal. Ações de saúde bucal não são práticas rotineiras, somente ocorre o atendimento em casos de necessidade. Teste do pezinho e imunizações são realizados de maneira satisfatória.

O atendimento ao pré-natal é realizado por três ginecologistas/obstetras e por dois médicos da ESF. Os ginecologistas, além de realizarem as consultas com pacientes da área de cobertura da UBS, realizam também em pacientes fora da área e não cadastradas. As consultas com os ginecologistas/obstetras são por demanda livre, através de distribuição de fichas no início de cada turno. As consultas pelos profissionais da ESF são agendadas e priorizam as gestantes cadastradas e na área de cobertura. Para melhorar a cobertura, em primeiro lugar os atendimentos deveriam ser em mais dias/turnos da semana, possibilitando um melhor acesso das pacientes e também melhorando o conteúdo da consulta. Orientações adequadas e educação para as pacientes é fundamental nessa fase da vida, no entanto fica, muitas vezes prejudicada pelo elevado número de atendimentos em poucos turnos de atendimento pré-natal. Isso melhoraria e muito a qualidade do atendimento prestado.

O pré-natal, em algumas ocasiões, é realizado pela equipe de enfermagem. No entanto, talvez por vício da população e da equipe, a paciente quase sempre é encaminhada ao médico para “confirmar” a conduta ou sanar algumas dúvidas da paciente. As pacientes geralmente saem com as próximas consultas agendadas, mas isso ocorre com maior frequência com o profissional da Saúde da Família. O atendimento de urgências/emergências de gestantes na UBS é inexistente. A gestante geralmente é direcionada ao Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria ou à UPA. Somente medicações sintomáticas básicas são oferecidas na UBS e logo o encaminhamento é realizado. Outro problema grave (e que, segundo os Cadernos de Atenção Básica, é um direito da gestante) é a locomoção

para esses serviços de referência. Não há transporte disponível no local. Ou chama-se um carro/ambulância da Prefeitura (o que geralmente demora muito ou não está disponível) ou pelo SAMU. Em grande parte das vezes, os pacientes preferem não aguardar esses transportes e optam pelo uso de seus próprios veículos a fim de agilizar a locomoção. Nas consultas, os cartões de gestantes são sempre solicitados e preenchidos. Só não é realizado o preenchimento quando a paciente não leva o cartão à consulta, o que não é fato raro.

Apesar de existir odontólogos na UBS (não fazem parte da ESF), as gestantes são raramente avaliadas por esses profissionais. A procura ocorre somente frente a um agravo.

O grande número de atendimentos clínicos na Unidade deve-se aos pacientes hipertensos e diabéticos. Quatro médicos clínicos gerais e dois médicos da ESF são os responsáveis pela atenção a essa população. Aqueles atendem em regime de demanda livre, independente de o usuário ser ou não pertencente à área de ACS; estes trabalham através de agendamentos com a população adscrita, preferencialmente. Atendimentos de urgências e emergências não ocorrem por falta de material e medicamentos na UBS, neste caso, o usuário é avaliado e logo encaminhado para um serviço de referência. Apesar da prevalência da hipertensão e do diabetes estarem aumentando muito na população jovem, ainda são os idosos os principais usuários dos serviços da Unidade devido a esses agravos, justamente pela história natural de ambas as doenças e de seu caráter crônico.

Quanto a Saúde do Idoso, os atendimentos são realizados à semelhança dos pacientes hipertensos e diabéticos, justamente pela alta prevalência dessas doenças nos usuários dessa faixa etária. Quando possível, os atendimentos são realizados na própria Unidade, mas se sabe que muitos idosos, até pela própria dificuldade de locomoção ou por diversas questões sociais e familiares, não conseguem ter acesso ao local de atendimento. Visitas domiciliares para que esses pacientes pudessem ser atendidos raramente eram realizadas (e quando eram, apenas a equipe de enfermagem as realizava). Atualmente, cada um dos médicos da ESF possui em sua agenda pelo menos um turno para visitas domiciliares destinadas aos pacientes necessitados, dentre estes a maioria idosos. Não existe o fornecimento da Carteira de Saúde da Pessoa Idosa na UBS e nem mesmo formas de registros adequadas. Não há apontamentos quanto ao número de pacientes com realização de avaliação multidimensional rápida, nem dos pacientes com

acompanhamento em dia. Nem mesmo apontamentos sobre orientação nutricional ou para atividade física regular são conhecidos. No âmbito da livre demanda da UBS as consultas costumam ser rápidas, visto o grande número de pacientes a serem atendidos; por esse fato é que na maior parte das vezes tais conceitos não são aplicáveis durante a consulta. Tampouco se sabe quanto à saúde bucal dessa população, se estão em dia ou não.

Através da aplicação dos questionários durante a especialização é possível perceber as necessidades mínimas para uma correta estruturação e funcionamento de uma UBS, que na maior parte das vezes parecem ser utópicas, não se adequando à realidade da região. E é justamente isso o que ocorre na UBS Kennedy, onde a estrutura está longe daquele ideal proposto pelo Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008).

O Manual comenta a viabilização do acesso a estagiários da área de saúde na rotina de sua aprendizagem (BRASIL, 2008). Essa realidade é vivenciada em nossa UBS, onde estagiários de diversas áreas (fisioterapia, enfermagem, odontologia, terapia ocupacional e psicologia) encontram a possibilidade de exercer suas futuras atividades, participando de atendimentos conjuntos e realizando grupos com a comunidade.

Apesar dos objetivos do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde serem explícitos (BRASIL, 2008), alguns deles ainda não são cumpridos na UBS. Citando-os em itens, temos:

- “Consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família”: A ESF está recentemente sendo implantada na UBS e dificuldades de entendimento do novo modelo pela população e pela equipe são corriqueiras. Ainda há muito a ser construído com relação a implantação eficaz da ESF no local.

- “Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços”: Um grande obstáculo vivenciado diariamente é a falta de materiais e equipamentos. Medicamentos, material para curativo e equipamentos (como mesa para exames ginecológicos, por exemplo) são escassos em muitas ocasiões. Também cita que o trabalho da equipe da ESF inicia-se a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adscrita. Cerca de 50% da área da UBS é coberta por

agentes comunitários de saúde e, ao ingressar este ano na equipe, a primeira tarefa realizada junto a estes foi justamente a atualização do cadastramento das famílias e um ajuste no mapeamento da região, que não era atualizado desde 2011.

Outro item muito relevante que o Manual sugere é que não têm sido positivos os resultados quando trabalham juntas as equipes de Atenção Básica convencional e as equipes de Saúde da Família, visto que trabalham sob uma lógica diferente (BRASIL, 2008). É possível perceber que esta é uma realidade vivenciada diariamente e nota-se claramente a confusão que se cria tanto para a população como para as próprias equipes.

As recomendações do Manual quanto à ventilação e iluminação encontram-se adequadas na Unidade (salas com janelas amplas e que permitem iluminação natural), porém nem todos os pisos e paredes apresentam o revestimento solicitado (BRASIL, 2008). Não há acesso, nem estruturas ou sinalizações adequadas a portadores de deficiência física. Segundo o artigo de Siqueira e Cols. (SIQUEIRA, 2009), idosos ou portadores de alguma deficiência física ou incapacidade funcional devem ter garantido o acesso aos serviços de saúde. Na UBS Kennedy o acesso até existe, mas está longe do preconizado pelos autores. Apesar de a UBS possuir andar único (térreo), o acesso é dificultado por um degrau logo na entrada. A calçada que a circunda é bastante esburacada, acarretando mais dificuldade de acesso para esses pacientes. Rampas alternativas para um melhor acesso e corrimãos são inexistentes, bem como banheiros para cadeirantes. A conclusão do artigo sobre Barreiras Arquitetônicas (SIQUEIRA, 2009) – de que há precariedade geral nas estruturas das Unidades Básicas de Saúde - nos mostra uma realidade não só vivenciada na cidade e na UBS Kennedy, e sim em todo o território nacional de forma geral e alarmante.

Toda a falta de estrutura relatada acima afeta, quase diretamente, o trabalho da equipe. Como a maioria dos pacientes atendidos são extremamente carentes, não raro o tratamento fica comprometido pela falta de medicações na UBS ou na rede municipal. A má aderência, em alguns casos, decorre desse fator. Outro item é a falta de mais mesas ginecológicas. Há uma escassez de exames preventivos, visto que apenas uma maca era compartilhada entre diversos profissionais. Atualmente, mais uma maca encontra-se disponível (duas macas para cinco profissionais). Não há como o dia a dia não ser afetado por tais condições. A falta de medicações e de

alguns tipos de materiais (luvas, papel toalha, etc) ainda são limitações que fogem à minha governabilidade, infelizmente.

Um conceito bastante enfatizado é o de que “o acolhimento não deve se restringir a uma triagem ao atendimento médico” (BRASIL, 2008). Na Unidade, a própria triagem já é exceção, quem dirá um acolhimento adequado. Em outras palavras, não há acolhimento. Tudo o que o Manual (BRASIL, 2008) e o Caderno de Atenção Básica sobre Demanda Espontânea (BRASIL, 2013) citam como errôneo (distribuir senhas para fichas, fazendo que com a procura por estas aconteça desde a madrugada, bem como encaminhar todos os atendimentos para consulta médica sem uma triagem adequada) acontece rotineiramente na Unidade. Não há estratégias adequadas ou organizadas para lidar com a demanda espontânea. Para situações imprevistas e que muitas vezes necessitam ser atendidas com brevidade, não há organização da Unidade e do processo do trabalho em equipe. Não são raras as vezes em que é sugestionado ao paciente que procure outro serviço pelo próprio excesso da demanda espontânea.

Outro aspecto importantíssimo que os documentos citam é que o atendimento não deve ser burocratizado (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013), ou seja, não se deve esperar exclusivamente pelo atendimento médico para a resolução de um problema. O próprio enfermeiro, em caso de paciente sem sinais de gravidade, poderia solicitar exames ou até mesmo prescrever medicações seguindo um protocolo previamente estudado (MOURA et al, 2010). O que não ocorre no local, visto que não há protocolos institucionalizados. Em vista disso, todo atendimento acaba centrado ainda na figura médica. Tal idéia fere o conceito primordial de trabalho em equipe e não aquele centrado em uma só pessoa. Como não há triagem rotineiramente, também não há de forma corriqueira a avaliação de riscos. Muitas vezes pacientes com sintomatologia mais grave deixam de ser atendidos porque o número de fichas para um determinado profissional se esgotou. Um dos princípios principais do SUS é contrariado nesse momento: a equidade.

Quanto à Saúde da Criança, os dados coletados são referentes apenas à região abrangida pela equipe de ESF. As crianças fora da área de cobertura ou não cadastradas não possuem um prontuário, ficando praticamente impossível estimar os números exatos dessa população. Muitos pacientes somente procuram atendimento em caso de agravo. Não raro é realizada busca ativa para que o acompanhamento adequado possa ser realizado. Todos os indicadores

preconizados no Caderno de Ações Programáticas estão abaixo do preconizado. Cerca de 50% apenas das crianças estão com as consultas em dia. O atraso na consulta em mais de sete dias também é frequente, ocorrendo em 50% dos casos. O pouco número de profissionais reflete nesse quesito, não sendo possível atender todos os pacientes nas datas corretas. O Teste do Pezinho é realizado na própria UBS, gerando facilidade de acesso da mãe e da criança. Cerca de 82% realizam esse teste até os sete dias de vida. A não realização nesse ínterim deve-se pela falta de procura da mãe e, nesses casos, realiza-se a busca ativa da criança.

Até 50% realizam a consulta de puericultura dentro dos primeiros sete dias de vida. Aqui, mais uma vez, esbarramos em dois problemas: um é a falta de profissionais suficientes para atender as crianças dentro do prazo correto e outro é a falta de procura de algumas mães que não foram educadas quanto ao retorno ou preferem simplesmente não retornar. A triagem auditiva é realizada no Hospital Universitário de Santa Maria e, até mesmo pelo fato da dificuldade de acesso ao local (longe do centro), somente 82% realizam o teste. Monitoramento do crescimento, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes são rotinas dos profissionais da UBS e ocorrem em 100% dos casos. Um ponto frágil é a avaliação da Saúde Bucal, que não é realizado de forma rotineira. Atendimentos são realizados somente em casos de agravo e compreendem 26% dos pacientes cadastrados. Apesar de a UBS contar com uma sala de vacinas satisfatória, somente 88% das crianças menores de um ano apresentam seu calendário vacinal em dia. A busca ativa também é realizada nesses casos. Até a implantação da ESF, não era costume o preenchimento adequado dos prontuários desses pacientes e tal fato ainda acontece com alguns profissionais do local. A Caderneta da Criança é solicitada em todas as consultas, mas nem sempre devidamente preenchida. Não é costume anotar peso e estatura da criança e nem se explicar as curvas de crescimento ou como reconhecer riscos nessas curvas. Nas crianças atendidas pela ESF, ainda estamos tentando colocar as Carteiras “em dia”. Também não há grupos de mães das crianças da puericultura e nem atividades que envolvam educação desses pacientes. Esse é um dos principais aspectos a ser melhorado, visto que através da educação é que ocorre a maior adesão às consultas, ocorrendo um maior cuidado para as crianças dessa faixa etária.

Há, na Unidade, o cadastramento através do SISPRÉNATAL realizado pela equipe de enfermagem, auxiliando muito nas informações necessárias para

responder os questionários da especialização. Porém não há reuniões para planejamento, gestão e coordenação desse programa. Além desse cadastramento, há um registro específico sobre todas as gestantes que consultam no local, sendo de área de ACS ou não. Toda gestante que é atendida por qualquer profissional de saúde do local é encaminhada a enfermagem para que seja efetuado o registro nesse instrumento. Com isso, tem-se um arquivo único com o número de consultas de cada gestante, resultados de exames, orientações da consulta que realizou, etc, tornando extremamente organizado o atendimento a esse grupo de pacientes.

Com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, os dados coletados – mais uma vez – podem não ser fidedignos pela falta de preenchimento adequado dos prontuários, ou seja, de registro adequado. Uma dificuldade que vem sendo queixa constante na Unidade é a questão de material para um trabalho decente e adequado. Macas ginecológicas são raridades e são comumente disputadas por diversos médicos no decorrer da semana. Dos profissionais que realizam a coleta de exames citopatológicos, três são ginecologistas e dois são médicos da ESF. Ao início de 2014 havia apenas uma maca ginecológica para o compartilhamento de todos. Após solicitações constantes, conseguiu-se em maio de 2014 uma segunda maca ginecológica. No entanto, foco de luz (imprescindível para um exame adequado) permaneceu em falta por vários meses. Esse foi o primeiro aspecto a ser urgentemente melhorado. Não havia como aumentar o número de dias de coleta do exame ou mesmo o número de profissionais para essa coleta, se o material básico não era ofertado. Tanto as mulheres adscritas na área, como as não adscritas realizam o exame.

Durante a coleta de exames citopatológicos já se tenta realizar a educação da mulher para a realização periódica do preventivo. A porcentagem de mulheres com exames em dia, no entanto, ainda é baixa. Menos de 30% das pacientes entre 25 e 64 anos residentes na área estão com seus exames citopatológicos em dia. O restante, cerca de 70%, está em atraso em pelo menos seis meses. A meta é ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%, o dobro da atualidade. A adesão atual da população alvo das duas intervenções não é adequada; muitas pacientes ainda relutam demasiadamente em realizar ambos os exames. É necessário um processo acentuado de educação para essas mulheres, através de

grupos, palestras na comunidade e durante as consultas, medidas praticamente inexistentes na atualidade.

O rastreamento é oportunístico, só há busca ativa em casos de alteração no exame. Outra melhora a ser implementada seria um profissional para dedicação ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção desse tipo de câncer, ainda inexistente na UBS. A busca ativa é realizada para as pacientes que apresentam exames alterados, porém apenas para as pacientes cadastradas na área. O que poderia ser feito era uma ampliação desse cadastro, incluindo também as mulheres não residentes na região. Dessa forma, a busca ativa poderia ser ampliada.

Os registros para Controle do Câncer de Mama também não são realizados rotineiramente e muitas vezes não há anotações nos prontuários a respeito de exames. Também não há separação das pacientes em áreas cadastradas ou não. Dessa forma, fica realmente difícil a realização de uma estimativa fidedigna dos indicadores. Exames mamográficos em dia é uma realidade ainda longínqua na UBS. Menos de 35% das mulheres na faixa etária preconizada estão com o exame em dia, o restante, quase 66%, está em atraso por mais de três meses. A avaliação para risco desse tipo de enfermidade bem como orientação para sua prevenção nem sempre é realizada. Muitas vezes o tempo reduzido da consulta ou o grande número de atendimentos no dia não permite a investigação e o aprofundamento adequado dos riscos da paciente.

Medidas como educação através de grupos para as mulheres, enfatizando os fatores de risco para Câncer de Mama, são os primeiros aspectos a serem melhorados/iniciados na UBS. Enfatizar e proporcionar atividades em grupo estimulando a perda de peso, a cessação do tabagismo e a diminuição da ingestão de álcool têm importância fundamental nesse processo de educação. O rastreamento, no momento, é oportunístico. Um dos aspectos importantes seria a implantação de um rastreamento organizado. Para tal, um profissional, pelo menos, deveria ficar responsável pelo controle e pela gestão dessa atividade. Outra melhora que deveria ser realizada é a implantação de um protocolo de controle para esse tipo de câncer, ainda inexistente na UBS.

Obviamente a melhoria deveria iniciar dentro do próprio consultório médico, com o adequado preenchimento do prontuário da paciente, pesquisando seus fatores de risco e sua história familiar, dados essenciais para o rastreamento dessa

doença. Além disso, um protocolo deveria ser implantado para que uma uniformidade fosse adotada na UBS. Ter um controle exato, através de um cadastro específico para as pacientes que realizaram a mamografia também é uma estratégia que auxiliaria na busca ativa, caso necessário. Para isso, mais uma vez, um profissional responsável por esse controle seria essencial. Alguém que fosse capaz de planejar e coordenar esse tipo de prevenção tão importante e essencial.

A forma de registro de pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade também não é satisfatória. Apesar de haver o programa do Ministério da Saúde – HIPERDIA – os dados conseguidos são apenas do número total de pacientes hipertensos e diabéticos, e não sobre as orientações dadas a cada consulta ou se os exames periódicos estão em dia. Para ter acesso às informações do que foi realizado ou orientado na consulta de cada paciente, o correto seria realizar uma pesquisa em seus respectivos prontuários. No entanto, antes da tentativa de implantação da ESF, os prontuários raramente eram preenchidos.

O preenchimento dos indicadores no Caderno de Ações Programáticas foi um dos maiores desafios, devido a falta de registros fidedignos. A ausência de prontuário ou o seu não preenchimento nas consultas dificultou muito a real percepção dos indicadores solicitados. Sem registros, ficou impossível avaliar se a estratificação de risco cardiovascular era realizada a cada consulta ou estimar em quais pacientes tiveram seu pés examinados, bem como sua sensibilidade e seus pulsos periféricos nos últimos três meses, por exemplo. Da mesma forma, não foi possível obter as informações sobre atraso nas consultas agendadas com mais de sete dias, até porque não se trabalhava rotineiramente com consultas agendadas, visto que a UBS funcionava basicamente com demanda espontânea. Não foi possível a avaliação de exames periódicos em dia e nem se havia orientação rotineira sobre prática de exercícios físicos e sobre alimentação saudável. A impossibilidade, mais uma vez, recai sobre a falta de registros anteriores. Como a ESF começou a ser elaborada há apenas dois meses, poucos registros (levando-se em conta o contingente enorme de pacientes hipertensos) estão disponíveis.

O primeiro aspecto a ser melhorado, sem dúvida, é com relação ao preenchimento correto de prontuários e fichas clínicas. Não são raras as vezes em que o paciente apresenta-se à consulta sem nem saber as medicações que utiliza. A realização de grupos com mais frequência também deveria ser avaliada, visto que é dessa forma que se consegue uma educação em saúde da população. Atividades

laborais e dinâmicas de grupo atrairia a população para mais perto da Unidade e, dessa forma, fazendo que com que o paciente seja mais assíduo e mais cuidadoso com seu agravo. Profissionais responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação das ações para os pacientes hipertensos também seria fundamental, no entanto a atual falta de recursos humanos na UBS impede que haja esse trabalho.

A mesma situação já vivenciada nas situações anteriores repete-se na Saúde do Idoso: a precariedade de registros em prontuários ou em qualquer outro tipo de instrumento dificulta e muito o processo de preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Os poucos registros obtidos foram referentes aos idosos que passaram a ser atendidos pela ESF, na qual se preconiza a confecção de prontuários individuais e familiares; o restante foi estimado de acordo com anotações nos cadernos dos Agentes Comunitários de Saúde e registros de equipe de enfermagem. Portanto, mais uma vez, estimativas dessa população foram realizadas, porém não se sabe ao certo o verdadeiro número de pessoas com mais de 60 anos abrangidos pela Unidade.

A principal questão a ser melhorada não mudou ao longo de todo o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Mesmo tornando-se extremamente repetitiva, a primeira ação a ser realizada seria o correto preenchimento dos prontuários por toda a equipe, sendo ela de ESF ou não. Sabemos de antemão que a implantação desta medida não é bem aceita por alguns profissionais, alegando que ou atendem a demanda excessiva diária ou preenchem prontuários, não havendo tempo para ambos.

Uma questão positiva é o atendimento diário de pacientes idosos. Porém aqueles que não conseguem deslocar-se até a Unidade ficam prejudicados. Para tal, a questão das visitas domiciliares deve – sem dúvida – ser ampliada. Atualmente somente os dois médicos da ESF realizam esse tipo de atendimento, juntamente com a equipe de enfermagem. Raramente está disponível algum meio de transporte para levar a equipe à casa do paciente. A maioria das visitas é realizada a pé e, nos locais mais longínquos, o carro particular de alguém da equipe é utilizado. O atendimento de urgência para idosos é bastante precário. No local, não raro há falta de medicações para um manejo básico. Sem falar em transporte, não há ambulância e tampouco carro auxiliar. Caso o paciente precise ser encaminhado a outro serviço com mais infraestrutura (e geralmente o é, pela precariedade das

medicações/matérias/exames), é utilizado o carro próprio do paciente ou familiar. Transporte efetivo e disponível é imprescindível e urgente nas Unidades da cidade em geral. O que também necessita ser implantado é um protocolo para o atendimento desses pacientes, inexistente até então na UBS.

Grupos ou Programas de atenção ao idoso são estratégias que poderiam trazer a população para mais perto da Unidade, facilitando principalmente a educação em saúde dessas pessoas. Atualmente os idosos comparecem muito no grupo de hipertensos e diabéticos, mas não há um grupo específico para falar de outros agravos desta faixa etária.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Algumas mudanças ocorreram após o preenchimento dos questionários, visto que boa parte da equipe era mobilizada para que eu pudesse realizar a tarefa com qualidade. Materiais há algum tempo não solicitados, foram repostos (luvas, papel toalha, algumas medicações para emergência) e alguns mobiliários foram providenciados. Quem antes não costumava se questionar a respeito da atenção básica e de seus preceitos, passou a fazê-lo após as reuniões em grupo e as capacitações em que este assunto foi abordado. A mudança para um modelo preventivo - mesmo que lenta e muitas vezes cansativa – iniciou-se a partir da tentativa de introdução da ESF em 2014.

O entendimento de que a saúde do indivíduo deve ser vista como um todo, levando-se em conta seus aspectos culturais, familiares e sociais, e não somente a doença e seus sintomas em si, deve fazer parte cada vez mais do cotidiano na Unidade de Saúde e na vida de seus usuários.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil e no mundo justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, bem como tratamento e encaminhamentos a outros níveis de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; MENDES et al, 2012). O câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras (INCA, 2014; BRASIL, 2011). Além dos cuidados com o câncer de colo uterino, uma atenção especial deve ser dada às mamas (BRASIL, 2013). A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. Portanto, é de fundamental importância a implementação do projeto elaborado, de forma a enfatizar a atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica (BRASIL, 2013; INCA, 2012).

A UBS Kennedy é uma unidade mista que abrange uma população bastante numerosa (cerca de 4000 pacientes cadastrados, o que corresponde a menos de 50% da população que frequenta o local). O número de funcionários é bastante reduzido quando comparado ao contingente de atendimentos diários. Uma dificuldade que vem sendo queixa constante na Unidade é a questão de material para um trabalho decente e adequado, um exemplo é a escassez de macas ginecológicas que são comumente disputadas por diversos médicos. A UBS conta com duas equipes de ESF e 10 agentes comunitários de saúde. Não havia enfermeiro até o mês de novembro deste ano compondo a equipe, e ainda não há técnico de enfermagem. Há três ginecologistas, dois pediatras, dois dentistas, dois clínicos gerais e dois médicos da ESF atuando no local.

Atuam ativamente na Saúde da Mulher, realizando exame de prevenção de mamas e de colo de útero, os dois médicos da ESF e os ginecologistas. Tanto as

mulheres adscritas na área, como as não adscritas realizam o exame. No entanto, não se tem um número exato da proporção entre elas, justamente porque o registro e uma efetiva separação das áreas são falhos. A porcentagem de mulheres com exames em dia, no entanto, ainda é baixa. O rastreamento é oportunístico, só há busca ativa em casos de alteração no exame. Os registros para Controle do Câncer de Mama também não são realizados rotineiramente e muitas vezes não há anotações nos prontuários a respeito de exames.

Menos de 30% das pacientes entre 25 e 64 anos residentes na área estão com seus exames citopatológicos em dia. O restante, cerca de 70%, está em atraso em pelo menos seis meses. A meta é ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%, o dobro da atualidade. Com relação ao Controle do Câncer de Mama, pacientes com exames mamográficos em dia é uma realidade ainda longínqua no local. Menos de 35% das mulheres na faixa etária preconizada estão com a mamografia em dia. O restante, quase 66%, está em atraso por mais de três meses. Nesse sentido, a meta é ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%. A adesão atual da população alvo das duas intervenções não é adequada; muitas pacientes ainda relutam demasiadamente em realizar ambos os exames. É necessário um processo acentuado de educação em saúde para essas mulheres, através de grupos, palestras na comunidade e durante as consultas, medidas praticamente inexistentes na atualidade. O rastreamento, no momento, é oportunístico e, por isso, um dos aspectos importantes é a implantação de um rastreamento organizado.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. Apesar da equipe incompleta na ESF, obtemos o apoio do gestor e da equipe de enfermagem da Unidade a fim de que pudéssemos iniciar um trabalho de prevenção em Saúde da Mulher, enfatizando essas duas doenças. Uma busca ativa das pacientes aconteceu no início da intervenção, a fim de que fosse possível o alcance das metas estipuladas no projeto. As principais dificuldades antes impostas eram relacionadas com material para exames preventivos,

dificuldades já resolvidas no momento. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível prevenir tais doenças a fim de que se consiga uma significativa redução de mortalidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher com enfoque na prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mama em pacientes da UBS Kennedy, Santa Maria/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos estão descritos na Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (Anexo 1).

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama;

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam a detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde;

Objetivo 3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia;

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

Objetivo 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama;

Objetivo 6. Promover a saúde das mulheres que realizam a detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde.

2.2.3 Metas

As metas podem ser visualizadas na Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (Anexo 1).

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%;

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%;

Meta 2.1: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero;

Meta 3.1: Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela Unidade de Saúde;

Meta 3.2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela Unidade de Saúde;

Meta 3.3: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela Unidade de Saúde em áreas de ACS;

Meta 3.4: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela Unidade de Saúde em áreas de ACS;

Meta 4.1: Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS;

Meta 4.2: Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS;

Meta 5.1: Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cobertas por ACS (dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Meta 5.2: Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres cobertas por ACS entre 50 e 69 anos;

Meta 6.1: Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero;

Meta 6.2: Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações e Detalhamento das ações

As ações podem ser visualizadas na Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (Anexo 1).

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

Meta 1.1: - Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%.

Meta 1.2: - Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações: - Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

- Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

Detalhamento: O médico da ESF, a enfermagem e os ACS farão o monitoramento através da análise dos livros ata, dos cadernos próprios dos ACS, dos prontuários de atendimento, das fichas-espelho (Anexo 2) e da planilha de coleta de dados (Anexo 3) com revisão destes pelo menos uma vez ao mês.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ações: - Acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na Unidade de Saúde (demanda induzida e espontânea). Cadastrar todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde que possuem agentes comunitários de saúde.

- Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na Unidade de Saúde (demanda induzida e espontânea). Cadastrar todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade da área de cobertura da Unidade de Saúde que possuem agentes comunitários de saúde.

Detalhamento: A equipe de enfermagem, o médico da ESF e as recepcionistas ficarão responsáveis por acolher todas as mulheres que se encaixem no perfil descrito, seja por demanda induzida ou espontânea. Também os ACS ficarão encarregados de cadastrar todas as mulheres da faixa etária preconizada para a doença.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, bem como sua periodicidade preconizada.

Detalhamento: Serão realizadas periodicamente pelo médico da ESF, pelos ACS e pela equipe de enfermagem atividades na sala de espera para esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame e sua periodicidade. Consultas médicas e de enfermagem também serão utilizadas para realizar esses esclarecimentos à comunidade, enfatizando a importância da detecção precoce deste tipo de câncer.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia e do auto-exame de mamas pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade, bem como sua periodicidade preconizada.

Detalhamento: Serão realizadas periodicamente pelo médico da ESF, pelos ACS e pela equipe de enfermagem atividades na sala de espera para esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame e sua periodicidade. Cartazes sobre auto-exame das mamas estão distribuídos na sala de enfermagem e nos consultórios para que uma explicação através de figuras seja possível, visto que uma parte significativa da população é analfabeta.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ações: - Capacitar a equipe da Unidade de Saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 69 anos de idade.

- Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 69 anos.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia.

Detalhamento: A capacitação da equipe para todas as ações citadas anteriormente foi realizada pelo médico da ESF sobre acolhimento, cadastramento e periodicidade de realização da mamografia e de exame citopatológico baseados nos Cadernos de Atenção Básica de 2013 do MS sobre Controle dos cânceres do colo do útero e da mama e sobre acolhimento à demanda espontânea. As capacitações ocorrem sempre na sala de reuniões da UBS com duração de duas horas e participam os membros da equipe (médico da ESF, ACS, equipe da enfermagem, coordenadora da Unidade e recepcionistas) em conjunto. O conteúdo abordado é teórico e após a exposição do tema, é aberto espaço para questionamentos e dúvidas. Diversos temas são trabalhados, dentre eles o modo correto de acolher as mulheres dentro da UBS e para onde encaminhá-las, caso necessário; como cadastrá-las e quais os instrumentos de registros disponíveis para tal; como eram realizados os exames e por quais profissionais e quais as corretas periodicidades dos exames.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta 2.1: - Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e o médico da ESF serão os responsáveis por monitorar e avaliar a adequabilidade das amostras dos exames coletados, através da verificação do item “amostra” (satisfatória ou não) expressa nos laudos de resultados dos exames coletados na Unidade. Tais laudos estarão disponíveis para consulta cerca de 30 dias após a coleta, dependendo este tempo exclusivamente do laboratório associado. Os exames que, por ventura, sejam insatisfatórios serão obrigatoriamente repetidos após a busca ativa da paciente até que sejam 100% das amostras sejam satisfatórias.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar arquivo próprio e organizado para acomodar os resultados dos exames.

Detalhamento: Será organizado um arquivo próprio para acomodação dos resultados dos exames que terá seu espaço fixo na sala da enfermagem da Unidade, com acesso livre a toda a equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Detalhamento: O médico da ESF e a equipe de enfermagem serão os responsáveis pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados.

Detalhamento: Tais indicadores serão informados pelo médico da ESF e pela equipe de enfermagem durante as consultas, entrega de resultados de exames e grupos de mulheres realizados na Unidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: O médico da ESF será o responsável pela atualização da equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com último protocolo do Ministério da Saúde de 2013, exposto no Caderno de Atenção Básica sobre Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia

Meta 3.1: - Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela Unidade de Saúde.

Meta 3.2: - Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela Unidade de Saúde.

Meta 3.3: - Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela Unidade de Saúde em áreas de ACS.

Meta 3.4: - Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela Unidade de Saúde em áreas de ACS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela Unidade de Saúde, nas regiões cobertas por ACS.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e o médico da ESF farão o monitoramento dos resultados de todos os exames assim que estes forem disponibilizados pelo laboratório associado. O próprio laboratório envia os exames para a UBS e a paciente é orientada a retornar em 30 dias para retirá-lo. Juntamente com os ACS, toda a equipe ficará atenta a respeito do cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, seja durante as visitas domiciliares, seja durante as consultas com médicos e enfermagem.

Ação: Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela Unidade de Saúde, nas regiões cobertas por ACS.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e o médico da ESF farão o monitoramento dos resultados de todos os exames assim que estes forem sendo entregues pelas pacientes, visto que a própria paciente fica responsável pela retirada do seu exame no laboratório conveniado. Juntamente com os ACS, toda a equipe ficará atenta a respeito do cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, seja durante as visitas domiciliares, seja durante as consultas com médicos e enfermagem.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e/ou da mamografia.

Detalhamento: Toda a equipe (médicos, enfermagem, ACS, recepção) deverá facilitar o acesso e acolher todas as mulheres que desejam saber o resultado do exame citopatológico de colo de útero. Para isso, durante as consultas, encontros com a comunidade ou nos grupos e mulheres será informado sobre os horários de funcionamento da Unidade, bem como a qual profissional dirigir-se, quando e em que local para que o acesso ao resultado seja facilitado.

Ação: Acolher todas as mulheres das áreas cobertas por ACS que procuram a Unidade de Saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero e/ou entregar a mamografia.

Detalhamento: O acolhimento dessas mulheres também será responsabilidade de toda a equipe, incluindo a recepção da UBS. Enfermeiros, médicos, ACS e recepcionistas deverão saber encaminhar ao local correto as pacientes que procuram pelos resultados de seus exames. Nesse momento, os agendamentos necessários com o médico já serão efetivados.

Ação: Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Detalhamento: Juntamente aos ACS, a equipe de enfermagem e/ou o médico da ESF serão os responsáveis pela busca ativa das pacientes faltosas. A primeira tentativa para a abordagem dessas pacientes é através de um contato telefônico, explicando a situação e convidando-as a comparecer na UBS para que seus exames possam ser avaliados ou os pedidos atualizados. Caso a paciente não compareça, a visita domiciliar é realizada para uma nova tentativa de aconselhamento.

Ação: Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

Detalhamento: A agenda será organizada pelo médico e pela enfermagem e terá seu posto no setor da enfermagem para a consulta de toda a equipe. A preferência na marcação de consultas sempre será dada a pacientes faltosas ou com exames alterados.

Ação: Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Detalhamento: Os responsáveis pela leitura dos resultados dos exames preventivos para câncer de colo de útero serão o médico da ESF e a enfermagem. O profissional que realizar tal leitura ficará encarregado do preenchimento dos arquivos de resultados (ficha-espelho, prontuários) da paciente.

Ação: Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama.

Detalhamento: Os médicos da Unidade serão os responsáveis pela avaliação dos exames mamográficos. Para tal, toda mulher que queira entregar sua mamografia, será agendada para consulta médica para que os esclarecimentos acerca do resultado sejam prestados.

Eixo: Engajamento Público

Ações: - Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular.

Detalhamento: Será de responsabilidade de toda a equipe (médicos, enfermagem, ACS) informar a comunidade através de palestras/encontros ou durante o atendimento na UBS sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero, bem como do acompanhamento regular dessa doença. Deve-se informar sobre fatores de risco associados, bem como sinais de alerta e as chances de cura elevadas quanto mais cedo for firmado o diagnóstico. Da mesma forma, a equipe será responsável por informar a comunidade sobre a importância de realização da mamografia e do exame clínico das mamas e de seu acompanhamento regular. Orientar sobre os fatores de risco e sinais de alerta da doença sempre que possível, enfatizando, por exemplo, que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de preveni-lo.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas).

Detalhamento: ACS, médicos, enfermagem e funcionários da recepção serão os responsáveis por pesquisar e ouvir na comunidade artimanhas para que a evasão das pacientes faltosas possa ser evitada. Essa escuta pode ser realizada a qualquer momento, seja em encontros na comunidade ou em consultas na UBS.

Ação: Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

Detalhamento: Médicos, enfermagem e ACS poderão informar e explicar às pacientes sobre a periodicidade preconizada pelo MS para a realização dos exames em consultas, grupos de mulheres, visitas domiciliares, palestras na comunidade ou sempre que possível. Para a prevenção do câncer de colo de útero, o exame é realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos. Após três exames anuais consecutivos sem anormalidades, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos. Para a prevenção do câncer de mama, a recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. Há também a recomendação para o rastreamento

de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Ação: Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero.

Detalhamento: Em geral, os resultados dos exames citopatológicos demoram de 30 a 40 dias para serem entregues na UBS pelo laboratório conveniado. Atrasos são frequentes caso a demanda semanal seja excedida. O profissional que realiza o exame já fará esse esclarecimento durante a consulta, mas caso a paciente retorne por dúvida, todos os profissionais da equipe, incluindo os recepcionistas, serão responsáveis pela orientação da população sobre o tempo de espera para o retorno desses exames.

Ação: Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia.

Detalhamento: Da mesma forma que para o câncer de colo de útero, todos os profissionais da equipe estarão aptos a informar as mulheres sobre o tempo de espera para o retorno do resultado da mamografia. O tempo médio é de 45-50 dias, no entanto são comuns os atrasos, chegando a 90 dias ou mais de espera. A paciente é orientada a buscar seu exame no local de realização do mesmo, pois, diferente dos exames citopatológicos, as mamografias nunca são entregues diretamente na UBS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

Detalhamento: Será disponibilizada a toda a equipe protocolo técnico atualizado do MS para o manejo dos resultados de ambos os exames preconizados que ficará disponível na sala da enfermagem.

Ação: Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas.

Detalhamento: Os ACS serão instruídos pelo médico para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas, de acordo com as normas do Caderno de atenção básica sobre prevenção de câncer de colo de útero e mama do MS.

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

Detalhamento: Toda a equipe será qualificada pelo médico da ESF para o acolhimento da demanda por resultado de exames. Será explicado para onde e a quem o paciente deve se dirigir e qual a melhor forma de agenda-los para avaliação dos resultados e esclarecimento de dúvidas.

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para monitoramento dos resultados dos exames citopatológicos do colo uterino e das mamografias.

Detalhamento: A capacitação ficará sob responsabilidade do médico da ESF, quando serão abordadas as melhores formas de monitoramento dos exames, bem como sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: - Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS.

Meta 4.2: - Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres de áreas cobertas por ACS acompanhadas na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Serão revisados mensalmente pelo médico da ESF, pela enfermagem e pelos ACS os registros de todas as mulheres de áreas cobertas por ACS acompanhadas na Unidade de Saúde através da verificação das fichas-espelho (Anexo 2) e da planilha de coleta de dados (Anexo 3), ambas fornecidas pelo curso de especialização.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria.

Detalhamento: Médicos e equipe de enfermagem serão os profissionais responsáveis pela manutenção das informações durante a intervenção. Para isso, a cada consulta ou exame, as informações devem ser atualizadas na ficha-espelho (Anexo 2) da paciente e na planilha de coleta de dados (Anexo 3).

Ação: Implantar ficha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: A implantação de fichas próprias ficará a cargo da equipe de enfermagem e do médico da ESF e ambos serão os responsáveis pelos registros de acompanhamento. Será utilizada a ficha de acompanhamento/ficha-espelho (Anexo 2) fornecida pelo curso de especialização. Cada paciente terá sua ficha e ali serão feitos todos os registros necessários.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Durante as capacitações, será pactuada através da discussão entre a equipe a melhor forma de realizar os registros de informações. Serão utilizados cadernos próprios para registros e fichas-espelho para cada paciente e sempre que a mulher consultar, realizar algum exame ou trazer seu resultado, será anotado em sua ficha e em outros registros, dependendo de cada caso.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Detalhamento: Médico e enfermagem serão os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Esclarecer às mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via, se necessário.

Detalhamento: Durante as consultas, visitas domiciliares ou reuniões/palestras será esclarecida por toda a equipe às mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço. A qualquer momento a mulher pode solicitar a verificação de seus registros, através de uma segunda via, se assim desejar.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ações: Treinar a equipe da Unidade de Saúde para o registro adequado das informações.

Detalhamento: O médico da ESF será o responsável por treinar a equipe da Unidade de Saúde para o registro adequado das informações nos prontuários e nas fichas-espelho.

Objetivo 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

Meta 5.1: - Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cobertas por ACS (dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Meta 5.2: - Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres cobertas por ACS entre 50 e 69 anos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na Unidade de Saúde, cobertas por ACS.

Detalhamento: O médico da ESF e a equipe de enfermagem serão responsáveis pelo monitoramento da avaliação de risco para as duas doenças em questão em todas as mulheres acompanhadas na Unidade e cobertas por ACS. As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua vida, nas condições socioculturais, econômicas e nas expectativas que possui. Pesquisar os fatores de risco para cada doença faz-se de extrema importância para que uma avaliação correta do risco seja realizada.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Haverá a identificação das mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama durante as consultas com a equipe de enfermagem e com o médico da ESF. A pesquisa de fatores como infecção prévia pelo HPV, dor e sangramento após atividade sexual e sangramento vaginal excessivo é imprescindível para identificar o grupo de maior risco para câncer de colo de útero. Já fatores como mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária e mulheres com história familiar de câncer de mama masculino devem ser exaustivamente pesquisados, visto que esses fatores identificam grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento de câncer de mama.

Ação: Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Será prestado um acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para essas doenças, com consultas mais regulares e busca ativa, sempre que necessário.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Esclarecer às mulheres e à comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Toda a equipe (médicos, enfermeiros e ACS) será treinada pelo médico da ESF para que, por meio de palestras, reuniões com a comunidade e durante as consultas sejam capazes de prestar esclarecimentos sobre os fatores de risco para os cânceres de colo de útero (infecção prévia pelo HPV, idade, tabagismo, sexarca precoce, múltiplos parceiros sexuais) e de mama (idade, história familiar, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, terapia de reposição hormonal, exposição à radiação, obesidade, sedentarismo e ingestão regular de álcool).

Ação: Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento: Toda a equipe será responsável por abordar junto à comunidade durante as consultas ou durante encontros/palestras a importância de combater fatores de risco modificáveis para ambas as doenças. Deve-se incentivar a cessação do tabagismo, a diminuição da ingestão alcoólica regular, a prática de atividades físicas regulares e hábitos alimentares saudáveis tentando sempre adaptar-se à realidade da comunidade.

Ação: Ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Toda a equipe (médicos, enfermeiros e ACS) será treinada pelo médico da ESF para que, por meio de palestras, reuniões com a comunidade e durante as consultas sejam capazes de prestar esclarecimentos sobre os sinais de alerta para os cânceres de colo de útero (no estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal espontâneo, leucorréia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados) e de mama (nódulo palpável, endurecimento da mama, secreção mamilar, eritema mamário, edema mamário em "casca de laranja", retração ou abaulamento, inversão, descamação ou ulceração do mamilo e linfonodos axilares palpáveis).

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico da ESF a toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento: Será responsabilidade do médico da ESF capacitar a equipe para medidas de controle tanto para câncer de colo de útero como de mama, de acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre Controle do câncer de colo de útero e câncer de mama de 2013 do MS.

Objetivo 6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta 6.1: - Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Meta 6.2: - Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e fatores de risco para câncer de mama.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Detalhamento: A equipe de enfermagem e o médico da ESF deverão registrar na planilha de acompanhamento e na ficha-espelho o número de mulheres que receberam orientações sobre DSTs e sobre os fatores de risco para os dois tipos de cânceres.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Detalhamento: A coordenação da Unidade ficará responsável direta pela solicitação junto à gestão municipal de preservativos para toda a comunidade.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Incentivar na comunidade o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Durante as consultas na Unidade e através de encontros e palestras na comunidade, serão realizadas por toda a equipe orientações sobre os aspectos citados acima para toda a população, enfatizando as vantagens a curto e longo prazo dessas práticas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DSTs e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Ficará a cargo do médico da ESF toda a capacitação da equipe referente aos temas supracitados.

2.3.2 Indicadores

A relação dos indicadores pode ser visualizada através da Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (Anexo 1).

2.3.2.1 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.2 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2.3 Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

2.3.2.4 Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado.

2.3.2.5 Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada.

2.3.2.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento

Numerador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

2.3.2.7 Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento

Numerador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

2.3.2.8 Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

2.3.2.9 Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

2.3.2.10 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

2.3.2.11 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

2.3.2.12 Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

2.3.2.13 Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

2.3.3 Logística

A intervenção proposta para a UBS Kennedy faz parte do grande núcleo que é a Saúde da Mulher, com enfoque na prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. Como protocolo, será adotado o Caderno de Atenção Básica de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama do Ministério da Saúde (2013). Para as anotações referentes aos exames citopatológicos, serão utilizados registros específicos – o prontuário da paciente, um prontuário único de exames preventivos já existente na Unidade e uma ficha-espelho disponibilizada pela especialização (Anexo 2). Todas as pacientes, sem exceção, que realizarem o preventivo serão apontadas nesses instrumentos. Para o controle das pacientes que realizarem a mamografia, será confeccionado um registro específico para as mulheres entre 50 e 69 anos. Todos os exames mamográficos apresentados na UBS ficarão registrados nesse caderno.

Quanto ao registro específico, o prontuário onde serão anotados todos os exames preventivos ficará armazenado na sala da enfermagem. As pacientes que, por ventura, estiverem fora da idade pré-definida não serão consideradas na contagem final. Prontuários clínicos das pacientes serão preenchidos, constando também o registro da realização do exame, a data e, após análise, o resultado.

Com relação ao registro dos controles mamográficos, será confeccionado um caderno específico para as pacientes entre 50 e 69 anos que será revisado

semanalmente pela médica da ESF. Anotações a respeito da data do exame e seu resultado também serão anotados no prontuário clínico da paciente. Mais uma vez, se eventualmente alguma paciente estiver fora da faixa etária desejada, será desconsiderada da contagem final, no entanto seus registros permanecerão normalmente em seu prontuário clínico e nos registros de mamografia.

A definição do foco de intervenção já foi discutida com a equipe logo após a confecção do Caderno de Ações Programáticas. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação baseada no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde dos Cânceres de Colo do Útero e do Câncer de Mama de 2013. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS durante as reuniões semanais da equipe. Ficará disponível na sala da enfermagem o protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames. Ocorrerá, durante as reuniões semanais, a capacitação dos agentes comunitários para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas.

Todas as mulheres entre 25 e 69 anos de idade serão cadastradas através dos agentes comunitários de saúde e investigadas quanto a periodicidade dos exames de prevenção dos cânceres de colo do útero e mama. Será realizada busca ativa pela equipe de enfermagem, pelos agentes comunitários de saúde e pelos médicos da ESF a pacientes dentro da faixa etária e em atraso em algum dos exames. Receberão acolhimento todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que chegarem à UBS espontaneamente e que necessitem realizar o exame citopatológico de colo uterino, bem como as mulheres entre 50 e 69 anos que necessitem realização de exames mamográficos. O preventivo será agendado imediatamente com a médica da ESF, bem como uma consulta para exame das mamas e solicitação da mamografia. A agenda para os dois tipos de atendimentos ficará com a médica da ESF em local específico para que toda a equipe tenha acesso, caso seja necessário.

Para um melhor esclarecimento da comunidade a respeito da importância dessas prevenções, serão realizados grupos mensais para a população com palestras ministradas pela equipe. Durante esses encontros, serão compartilhados com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados, bem como o esclarecimento dos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação e ensinar a população sobre os sinais de alerta para

detecção precoce desses dois tipos de cânceres também faz parte do engajamento público pretendido.

A leitura dos exames citopatológicos será realizada tanto pela médica da ESF como pela equipe de enfermagem e anotados nos instrumentos de registros. Em casos de resultados alterados, a médica será prontamente avisada e a busca ativa realizada assim que possível. A leitura das mamografias será responsabilidade da médica da ESF e também será realizada a busca ativa – através de toda a equipe – em casos necessários. Durante uma consulta clínica normal, haverá a oferta de realização dos exames (preventivo e mamografia) para as mulheres dentro da faixa etária especificada e, se houver interesse, tais procedimentos já poderão ser realizados durante esta mesma consulta, facilitando a adesão das pacientes.

Estima-se que mais de 50 exames citopatológicos poderão ser realizados semanalmente através da busca ativa (ou seja, além dos que já são realizados rotineiramente na UBS). Até pela escassez de macas ginecológicas no local e pela disponibilidade de horário das pacientes, este parece ser um número compatível com a realidade do local e que trará bastante benefício à população. A estimativa para os exames mamográficos é em torno de 20 a 30 avaliações/solicitações semanais, visto a faixa etária mais restrita para tal prevenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o primeiro mês de intervenção, uma das primeiras tarefas foi o início da capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de prevenção dos cânceres colo de útero e mama do Ministério da Saúde. O enfoque foi o estudo das orientações do protocolo adotado. Na época ainda não possuíamos equipe de enfermagem própria da ESF e as enfermeiras e técnicas existentes optaram por não participar do projeto, visto que não eram vinculadas à ESF. Tal configuração mudou ao longo da intervenção, quando uma enfermeira aderiu à ESF após nove meses de implantação.

Junto aos encontros foi estabelecido o papel de cada profissional dentro da intervenção. Os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento das pacientes e eventuais atualizações e pela busca ativa da população para as consultas e exames, caso necessário. Juntamente com a médica, foram responsáveis pelas palestras na comunidade e pelo grupo de mulheres. O profissional médico foi o responsável pela coleta dos exames citopatológicos e pelo exame clínico das mamas e solicitações de mamografias na maior parte da intervenção, bem como o preenchimento de todos os prontuários e fichas-espelho em cada consulta. A equipe de enfermagem, no início da intervenção, apenas recebia os resultados dos exames citopatológicos e auxiliava na anotação nos registros específicos. Após a adesão da enfermeira na ESF, o trabalho mudou: a coleta de exames preventivos também passou a ser realizada por esta profissional.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de prevenção aos cânceres de colo de útero e mama foi realizado pelos ACS em três comunidades. Todas, na época, se mostraram interessadas em apoiar as estratégias implementadas pela nossa equipe.

Os atendimentos clínicos, bem como a realização dos exames citopatológicos foram iniciados em três turnos semanais logo na primeira semana. Nomes de pacientes interessadas eram anotados, juntamente com telefone de

contato. Os exames das mamas e a solicitação de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos também foram iniciados durante esse primeiro mês, porém em um número bem menor quando comparados aos exames preventivos.

Um agravante enfrentado no primeiro mês foi a escassez de espéculos de tamanhos variados na UBS. Cem por cento dos espéculos que me foram fornecidos eram de um único tamanho (P). Em grande parte das pacientes até foi possível a coleta, mas nem sempre a revisão da cavidade vaginal ou a visualização do colo uterino foi adequada. A dificuldade tornava-se mais evidente em pacientes obesas. Foi solicitado, na época, juntamente com a coordenadora, outros tamanhos de espéculos. A resposta da Secretaria da Saúde é de que não havia previsão para envio. Conversando com outros colegas atuantes na cidade, encontrei problemas semelhantes. Em raros locais ainda havia espéculos de tamanho “M” (“G” jamais!), mas em pouquíssima quantidade. A maioria estava abastecida com espéculo tamanho P.

Um aspecto positivo desse primeiro mês foi o interesse das pacientes pela realização das consultas com exames preventivos e com exame das mamas. A “notícia” da intervenção espalhou-se com facilidade e muitas foram à UBS obter informações sobre como realizar seus exames. Também houve uma procura maior das pacientes na faixa etária para câncer de mama para marcação de consultas para exames das mamas e solicitação de mamografias.

O apoio da equipe de enfermagem era diminuto nessa época, todo o trabalho era realizado somente pela equipe de ACS e pela médica da ESF, com apoio da coordenação da UBS. A ligação para a marcação dos preventivos era realizada através do telefone da UBS exclusivamente pela médica do PROVAB.

Outra realização desse período foi o primeiro grupo de Saúde da Mulher, realizado na sala de reuniões da própria UBS. Compareceram 22 mulheres, sendo que 15 delas eram pacientes que já haviam realizado a coleta do preventivo e exame das mamas nas primeiras duas semanas da intervenção. A partir delas, as vizinhas e amigas ficaram sabendo e vieram pra tirar suas dúvidas e conversar um pouco sobre a prevenção dessas doenças. Como se trata de uma população de nível cultural e socioeconômico muito baixo, a primeira parte do encontro foi explicar o que era o exame preventivo e como era feito. Nítido era o interesse geral ao mostrarmos em um cartaz a anatomia da região genital feminina, o que era um espéculo, onde ele era inserido e como ocorria a coleta. O fato de simplesmente

conhecer o exame e como ele é realizado já foi capaz de gerar efeitos positivos, sendo notável nos comentários das pacientes. Foi uma atividade bastante gratificante para toda a equipe.

Foi possível realizar um bom número de exames ao final do primeiro mês e o fato de eu ser mulher facilitou bastante essa aproximação. Este foi um fato bastante evidente durante toda a intervenção. As próprias pacientes comentam que estavam com os preventivos em atraso devido a vergonha de se despir frente a uma figura masculina (na UBS existem três ginecologistas, sendo dois deles homens). Mantive em minha sala fôlderes e um cartaz grande do aparelho genital feminino, bem como um espécuro, espátula de Ayre e uma escova endocervical pra poder mostrar como é a coleta do exame simulando no cartaz. Penso ser esse um modo mais palpável de saber o que ocorre com elas durante o exame. A informação trouxe o paciente para mais perto da UBS em geral.

No segundo mês, a equipe de enfermagem também se mostrou disposta a realizar a coleta de preventivos e a solicitação de mamografias. Vi a oportunidade de trazer a equipe de enfermagem da UBS para mais perto da intervenção, coisa que não havia conseguido até então. Durante todo o mês ampliamos consideravelmente a quantidade de mulheres para a intervenção. Ainda, seguindo o cronograma, juntamente com os ACS foi reforçado o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática desenvolvida.

Os exames preventivos aconteceram em um número um pouco reduzido em algumas semanas do segundo mês, visto que o número de atendimentos clínicos de outras áreas (especialmente idosos, diabéticos e hipertensos) foi bastante solicitado. Esse foi um receio que vivenciei ao longo da intervenção, o de não atingir a meta estabelecida, visto que os pacientes em geral começaram a reclamar da diminuição dos atendimentos clínicos gerais em detrimento do aumento do cuidado à mulher. Mesmo assim, instruí os ACS a reiterarem a importância desse processo na comunidade.

Toda a equipe preparou-se ativamente para a chegada do Outubro Rosa, no mês seguinte. A UBS foi decorada com balões e banners de divulgação e as camisetas para os funcionários foram confeccionadas. Durante as consultas e através dos cartazes espalhados é que as informações foram disponibilizadas aos usuários. Foram realizadas buscas ativas de pacientes que não estavam em dia com exames de preventivo e/ou mama.

Muitas mulheres que não pertenciam à região ficaram sabendo da intervenção através de amigas/parentes e, interessando-se por tais atendimentos, procuraram a UBS. Conversando com a coordenação, resolvemos acolher tais pacientes porque vimos que essa era uma oportunidade que não poderia ser perdida. No entanto, tais dados não fizeram parte de nossas tabelas, visto que não são pacientes cadastradas na área.

Ainda neste mês foi realizado o segundo grupo de mulheres na Unidade, desta vez com a presença de 26 mulheres e alguns companheiros destas. Como o público feminino não se importou, os visitantes puderam participar do encontro e no final ainda fizeram questionamentos a respeito da saúde masculina, como dificuldade de ereção, libido, etc. Nesse momento vi que as esposas estavam levando pra casa as conversas realizadas na UBS durante os encontros e que os companheiros viam também uma maneira de se aproximar para tirar suas dúvidas.

Pelo menos cinco turnos ficaram reservados para a realização de preventivos e exame das mamas, tanto pelos ginecologistas, como pela médica da ESF. Mais de cem mulheres foram contatadas via telefone e a enfermagem, antes mais apática, ajudou bastante no processo de coleta de preventivos e preenchimentos das fichas de mamografia. De certa forma, a Unidade “chacoalhou” nesse mês, e esse foi um dos pontos mais positivos de toda a intervenção.

Durante as duas últimas semanas do segundo mês foi dada maior atenção à busca ativa das pacientes já cadastradas na planilha ao invés de só realizarmos o cadastro de novas. Certamente o ideal seria fazer as duas coisas ao mesmo tempo, no entanto, por falta de pessoal e de tempo, por assim dizer, resolvemos partir para a parte mais importante: a busca ativa. Por tal fato, o número de cadastradas não foi aumentado na planilha, mas a mudança no interior dela vem acontecendo, ou seja, os atendimentos por parte dos outros profissionais (ginecologistas) não pararam.

Realizando o relatório parcial da intervenção juntamente com a equipe, mesmo com todos os problemas, notamos que a intervenção estava indo muito bem de um modo geral. Houve adesão de grande parte das mulheres – adesão esse crescente ao longo das semanas – e colaboração/envolvimento cada vez maior por parte da equipe.

Ao início do terceiro mês, o “Outubro Rosa”, reavaliamos o cronograma e começamos a sentir um receio maior de que nossa meta não fosse alcançada a tempo do término do prazo. Obviamente que o tempo de três meses foi pouco para

que um trabalho realmente satisfatório fosse realizado, mas chegamos a conclusão que, mesmo sem atingir a melhor meta, conseguimos “acordar” a população (e a equipe também) para a prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. Ou seja, o primeiro passo foi bastante satisfatório para que possa ser consolidado e seguido depois. Essa foi nossa conclusão – positiva - em nossa reunião semanal.

Mais uma atividade realizada no último mês foi o contato com algumas lideranças comunitárias, sempre enfocando a importância da realização dos exames e das consultas e, principalmente, enfocando o Outubro Rosa na UBS. Já pra aproveitar a decoração da UBS e também pra inserir os próprios líderes no “clima”, preferimos realizar o encontro na sala de reuniões da UBS.

Neste mês, por solicitação da comunidade, resolvemos incluir mais um grupo de mulheres dentre nossas atividades. A solicitação chegou até nossa coordenação através do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) da Região Norte, centro este que abrange a UBS Kennedy e mais duas Unidades. A própria comunidade que não é assistida por agentes de saúde solicitou um grupo para que pudessem participar, já que não eram cadastradas na área da nossa UBS. Atendemos a solicitação e durante um dia desta semana toda a equipe teve a oportunidade de conhecer outra região e falar um pouco sobre o significado do Outubro Rosa. Compareceram mais de 30 mulheres (um grupo até maior do que os já realizados dentro de nossa área de abrangência) e foi uma grande oportunidade de conscientização de uma população não assistida por nossa equipe. A conclusão a que chegamos é que realmente a propaganda do Outubro Rosa funcionou muito bem, visto que a procura por atendimentos englobando a saúde da mulher aumentou muito. A equipe da enfermagem e os colegas ginecologistas auxiliaram bastante e, por tal fato, é que o número de pacientes atendidas praticamente triplicou.

Nosso mês de outubro foi realmente um sucesso com relação ao atendimento e realização de exames das mulheres da região. A mobilização foi muito bem aceita, tanto que outras áreas não cadastradas também se beneficiaram da campanha. Um representante de uma área distante da Unidade, sem cobertura por nossos agentes de saúde, solicitou uma palestra sobre prevenção do colo do útero e mama e sua região. Com a ajuda dos agentes de saúde e da equipe de enfermagem, nos deslocamos para a realização de um encontro na igreja local dessa comunidade. Compareceram 37 pessoas e lá pudemos explicar como são

realizados os exames, o motivo da prevenção e quem procurar para realizá-los. É o segundo grupo fora de nossa área que a equipe realiza.

Um quarto grupo de saúde da mulher foi realizado, quando abordamos o tema DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), que havia sido o tema escolhido pelas próprias participantes no encontro anterior. Compareceram 14 mulheres e o grupo teve duração de aproximadamente duas horas, realizado no salão da própria UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no cronograma foram desenvolvidas dentro dos prazos estipulados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Os dados foram registrados no prontuário das pacientes, na ficha espelho disponibilizada pela especialização (Anexo 2) e tabulados na planilha de coleta de dados do programa Microsoft Excel® (Anexo 3). A análise descritiva foi realizada no programa Stata (versão 12.1, StataCorpe, College Station, TX, USA).

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A coordenação da Unidade viu o projeto como algo produtivo e novo, referindo que nunca uma estratégia tão ativa havia sido realizada. Tive total apoio da coordenação da UBS, tanto quando necessito de material para exames como de divulgação com a população. Os outros médicos da UBS, especialmente os ginecologistas também aderiram ativamente à intervenção no decorrer do segundo mês.

O que tentei “plantar” na Unidade e na equipe é que esta conscientização não ocorra somente pela ocasião do “Outubro Rosa” ou por causa da intervenção. Tentei fazê-los compreender que é uma prática que deve ser adotada como rotina da Unidade, independente da época do ano. O que noto é que a equipe associou muito essa intervenção somente a mim, a um trabalho que tenho que fazer e não como algo para a UBS. É essa ideia que estou tentando mudar.

Há, ainda, dezenas de nomes na nossa lista de atendimentos. Pretendemos, pois, continuar a intervenção ao longo dos próximos meses, sendo este um dos aspectos mais positivos desse trabalho. Continuamos, no entanto, enfrentando um problema frequente: a escassez de espéculos de tamanho adequado. Mais uma vez, apesar das solicitações, só estamos trabalhando com espéculos pequenos, dificultando ou até incapacitando a realização de preventivos em mulheres com sobrepeso e obesidade. Apesar das solicitações junto à Secretaria da Saúde do município, nenhuma nova resposta foi dada.

Chegando ao fim da intervenção, sinto-me satisfeita com o trabalho realizado até agora. Nem tudo foi 100%, mas o crescimento da consciência tanto da equipe como dos pacientes foi notório, extremamente significativo. O fato de implementar uma atividade que deu certo é recompensador e estimulante; é um trabalho de formiguinha que valeu muito a pena!

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A estimativa é de que, na área adstrita à UBS Kennedy, existam aproximadamente 1040 mulheres nas faixas etárias preconizadas para a prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, sendo contabilizadas 904 mulheres entre 25 e 64 anos e 309 entre 50 e 69 anos.

Menos de 30% das pacientes entre 25 e 64 anos residentes e cadastradas na área estavam com seus exames citopatológicos em dia. A meta era ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero para 60%, totalizando cerca de 542 pacientes. Ao final dos três meses de intervenção, a meta inicialmente proposta foi alcançada com êxito, totalizando 86,9% (785 mulheres).

Com relação ao controle do câncer de mama, menos de 35% das mulheres na faixa etária preconizada estavam com a mamografia em dia ao início da intervenção. A meta proposta – 60% (185 mulheres) - também foi alcançada, com mais de 85% das pacientes com exames em dia, totalizando 286 mulheres.

Quanto aos indicadores, a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico do colo do útero em dia aumentou significativamente ao longo dos meses. No primeiro mês, 206 mulheres (22,7%) foram submetidas ao exame. No segundo mês, o número aumentou para 239 (26,4%), mas aqui um adendo deve ser feito: o número de exames continuou sendo realizado normalmente pela equipe, no entanto este mês foi utilizado especialmente para a busca ativa das pacientes com exames alterados e das pacientes faltantes aos exames.

No terceiro mês, justamente no Outubro Rosa, as campanhas e os atendimentos voltaram-se quase totalmente para o atendimento das mulheres. Essa foi uma das ações que mais contribuiu para o sucesso da intervenção. Houve uma mobilização em massa pela parte da enfermagem e dos demais profissionais na UBS, além de retomada dos registros de exames realizados em momentos anteriores. O resultado foi um aumento dos exames para 785, totalizando 86,9%, conforme demonstrado na Figura 1.

Outra ação que foi de extrema importância foi a mobilização da comunidade através de seus líderes comunitários e das agentes comunitários de saúde. A articulação da UBS com a comunidade foi muito facilitada através desse apoio. A realização dos grupos de mulheres também merece destaque: o tema abordado em cada encontro alcançou pessoas de dentro e de fora da comunidade, tanto que não foram poucas as solicitações de levar o grupo para outros locais da região.

O comprometimento total da equipe foi adquirido ao longo da intervenção, demonstrando atividade máxima ao final do segundo e entrada do terceiro mês. Com esse auxílio maior, os registros nos prontuários, os preenchimentos das fichas-espelho, a realização dos exames e a busca ativa das pacientes obtiveram um melhor desempenho, bem como se verifica nos registros gráficos, especialmente no terceiro mês.

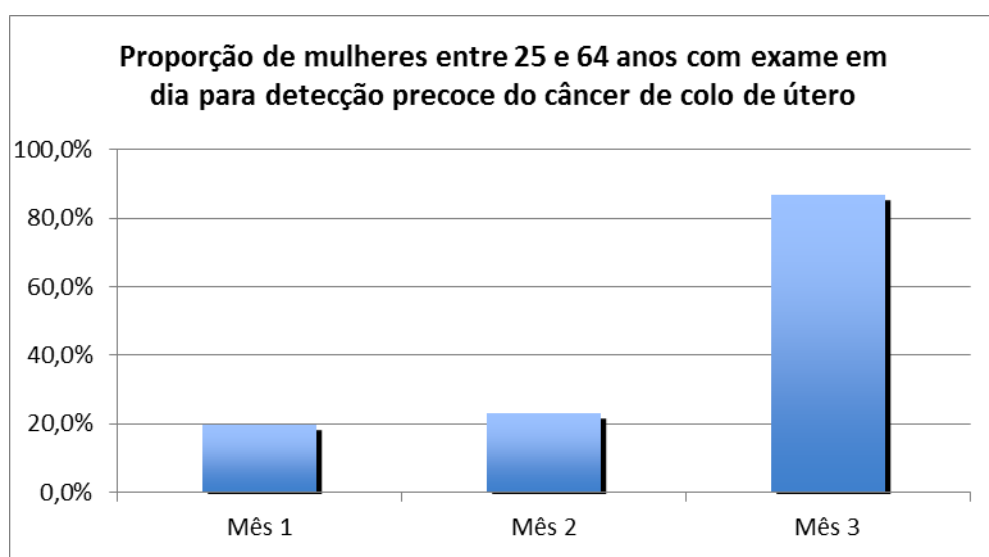


Figura 1 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exames citopatológicos do colo do útero em dia durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção do câncer de mama também aumentou significativamente. Houve 54 exames no primeiro mês, pulando para 67 no segundo (pelo mesmo motivo das buscas ativas realizados neste mês) e para 286 no último mês (85% de cobertura) como mostra a Figura 2. Mais uma vez, o Outubro Rosa foi de extrema ajuda para a melhora desses indicadores, especialmente nas últimas semanas da intervenção. Através das campanhas e da conscientização e mobilização da equipe, boa parte das pacientes cadastradas conseguiram realizar o exame em pouco tempo. Outro

motivo para um aumento de registros ao terceiro mês, é que os exames mamográficos passaram a demorar para serem realizados no serviço terceirizado, atrasando a verificação e registro de seu resultado, ou seja, algumas pacientes que realizaram seus exames no primeiro ou segundo mês tiveram acesso aos resultados posteriormente. No início da intervenção, o tempo médio entre a solicitação da mamografia até a obtenção de seus resultados era em torno de 30 dias. Ao segundo mês, esse tempo já aumentou para até 45-50 dias. Por tais motivos, é que o número de mulheres registradas ao terceiro mês aumentou consideravelmente na tabela, no entanto, é importante reiterar que os exames não deixaram de ser realizados em nenhum momento da intervenção.

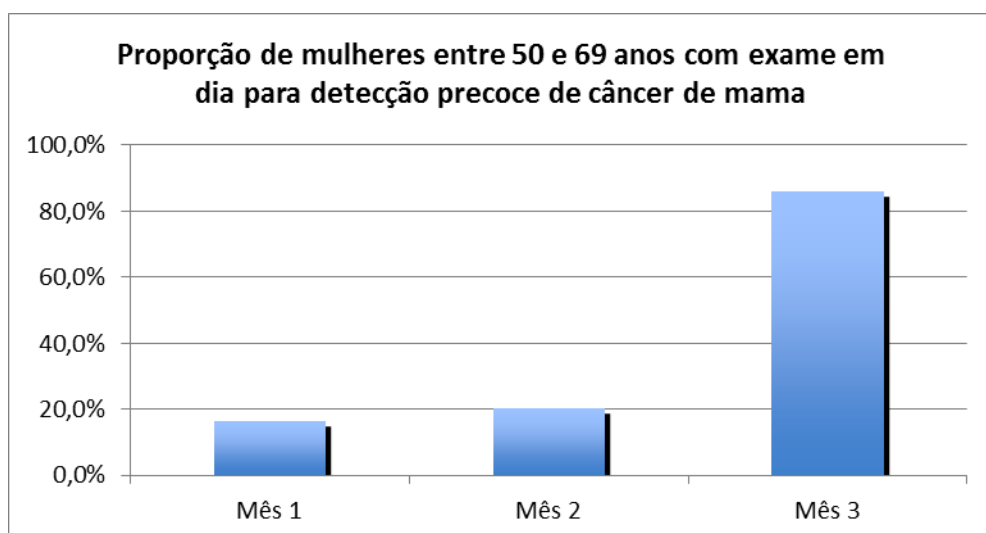


Figura 2 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame das mamas em dia durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

A proporção de amostras satisfatórias dos exames citopatológicos foi de 100% ao final da intervenção, como se pode observar na Figura 3. Os exames que, por ventura, foram insatisfatórios, foram todos repetidos até a obtenção de amostras satisfatórias. Os exames anteriormente insatisfatórios foram atribuídos a coleta inadequada devido, especialmente, a falta de espéculos adequados em boa parte das pacientes. Ao longo das doze semanas, 12 exames foram classificados como insatisfatórios. Todos, sem exceção, foram repetidos e 100% destes geraram amostras satisfatórias; só então foram registradas na ficha-espelho e na tabela da intervenção.

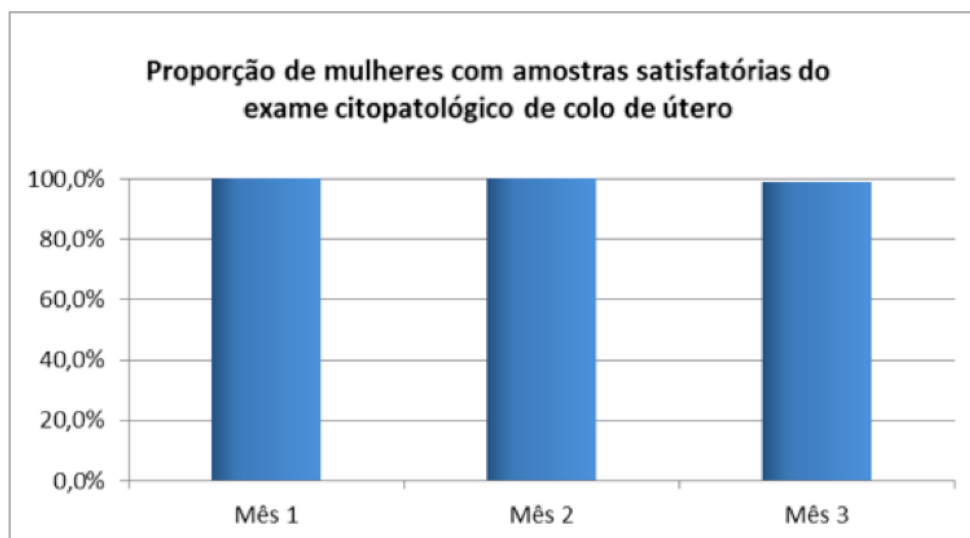


Figura 3 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Quanto às mulheres que com exame citopatológico alterado e que não retornaram à UBS para conhecer o resultado, a proporção ao final do primeiro mês chegou a 82% (14 de 17 mulheres não retornaram); ao segundo mês, 84% (16 de 19 mulheres) e, ao final, 49 de 61 pacientes (80%) – Figura 4. Para todas foi realizada busca ativa. Muitas das pacientes com exames alterados não apresentavam o costume de realizar a prevenção anualmente, sendo que boa parte delas nem retornava para saber o resultado. A busca ativa foi realizada por toda a equipe, especialmente pela médica da ESF e pelos agentes comunitários de saúde. Apesar do esforço, em alguns momentos a busca ativa não foi satisfatória, ou seja, a paciente não aceitou realizar qualquer tipo de intervenção. Nesses casos, a paciente assinava um termo de responsabilidade por sua decisão que ficava armazenado na UBS e uma cópia era enviada à Secretaria da Saúde do município para controle. No entanto, cada paciente possui sua governabilidade e seu direito à escolha de determinado tratamento ou não, desde que não afete a saúde do próximo. A equipe enfatizava que a qualquer momento essas usuárias poderiam procurar a Unidade para o encaminhamento específico para o tratamento de sua doença.

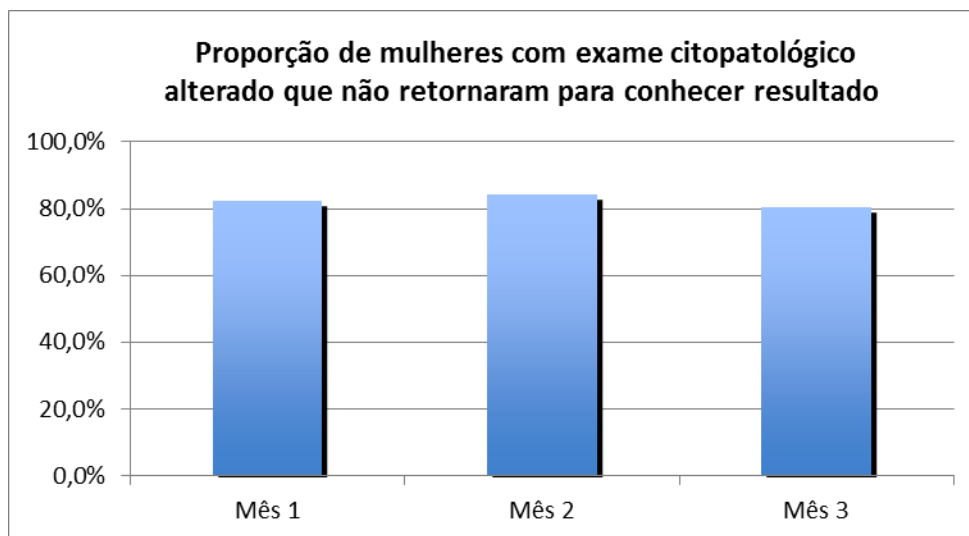


Figura 4 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado, durante os meses da intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Já a proporção de mulheres que realizaram mamografia e não retornaram para saber os resultados variaram de 100% (5 de 5 pacientes) tanto no primeiro mês como no segundo para 81% ao terceiro mês (22 de 27 mulheres), como demonstrado na Figura 5. Diversos motivos foram apontados pelas pacientes como os responsáveis pela ausência de retorno para obtenção dos resultados: falta de tempo, esquecimento e comodidade (visto que a UBS entra em contato caso elas não tenham comparecido para pegar o resultado). O que facilitou o aumento das mamografias foi a abordagem da paciente em consultas clínicas gerais, ou seja, por outras queixas que não de mama ou ginecológicas. Foi nesse contato que a maior parte do público pode ser atingido, especialmente as senhoras fora da faixa etária do exame citopatológico.

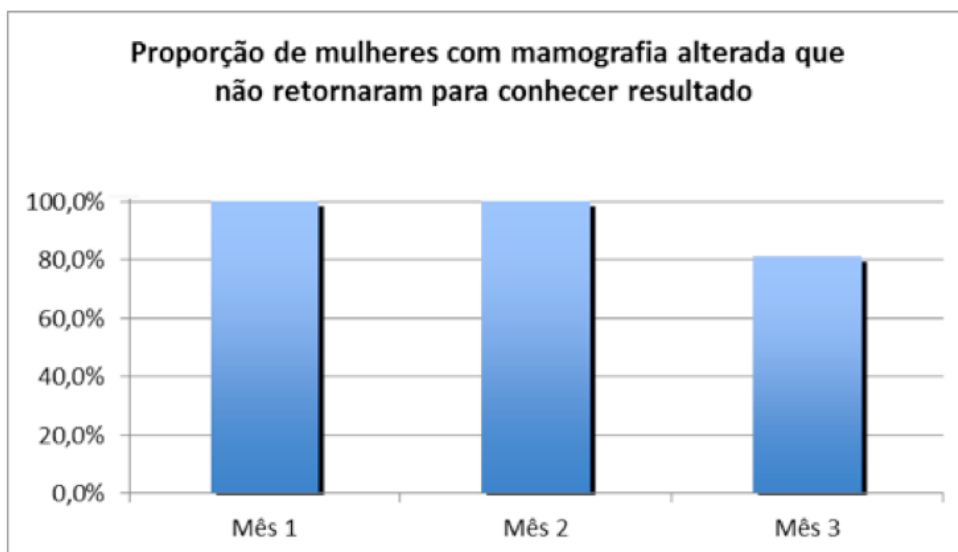


Figura 5 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado, durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

A proporção de mulheres que não retornaram para resultado do preventivo e foi realizada busca ativa foi de 100% ao final da intervenção, ou seja, todas foram procuradas para que o tratamento adequado fosse instituído – Figura 6. As buscas eram realizadas pelo médico da ESF e/ou pela equipe de enfermagem com auxílio dos ACS.

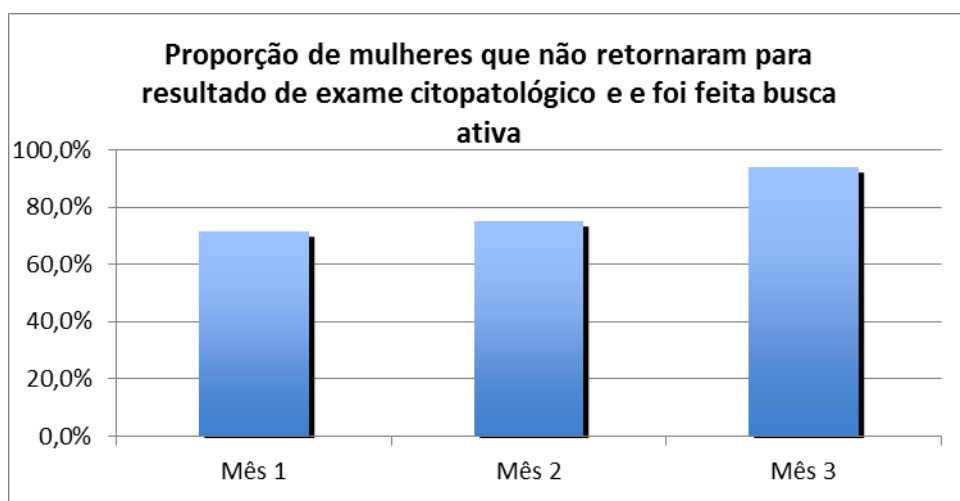


Figura 6 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado do exame citopatológico e foi realizada busca ativa durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

O mesmo raciocínio foi realizado para pacientes que não retornaram para resultado da mamografia. Neste caso, 100% das pacientes nos três meses aceitaram a busca ativa e procuraram o tratamento adequado (5 de 5 mulheres ao primeiro mês, 5 de 5 no segundo mês e 22 de 22 ao terceiro mês) – Figura 7. Foram encaminhadas com brevidade para a o nível de atenção adequado para a realização do tratamento. As familiares de primeiro grau da paciente afetada foram convocadas para o rastreamento, independentes de estarem cadastradas em áreas de agentes de saúde ou não. As que não eram adscritas apenas não foram contabilizadas na tabela. Tal iniciativa é de extrema importância visto que a história familiar é um dos principais fatores de risco dessa doença.

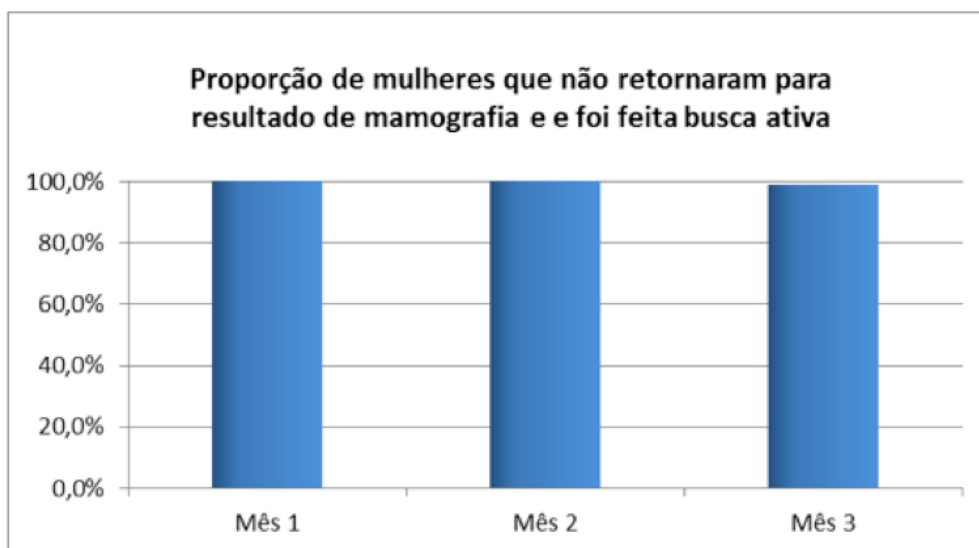


Figura 7 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres que não retornaram à UBS Kennedy para conhecer o resultado da mamografia e foi realizada busca ativa durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Quanto a proporção de mulheres com registro adequado do exame papanicolau, obteve-se 100% de registros nos três meses de intervenção – Figura 8. Todos os resultados foram devidamente anotadas na ficha-espelho e no caderno da enfermagem e o monitoramento era feito regularmente pelo médico da ESF e pela equipe de enfermagem.

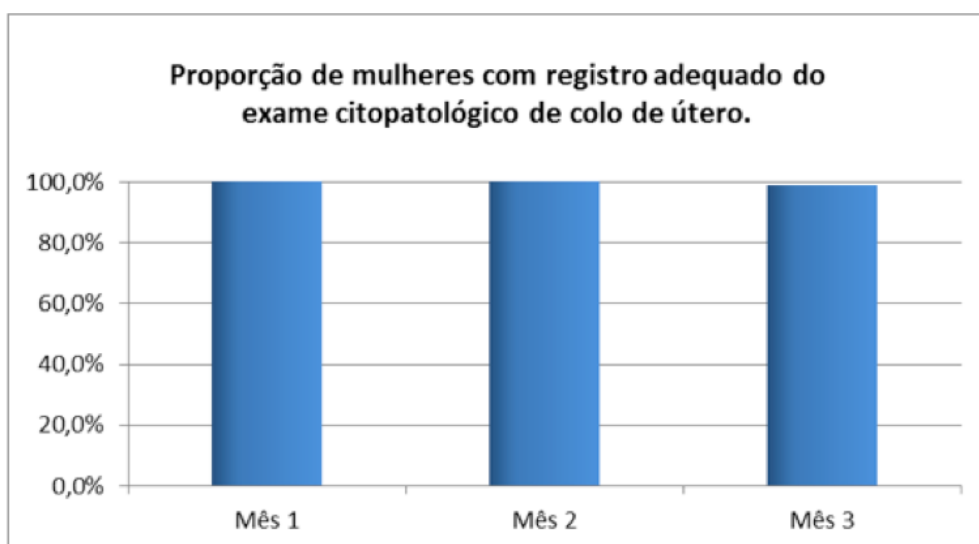


Figura 8 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

A proporção de mulheres com registro adequado das mamografias segue o mesmo raciocínio, como evidenciado na Figura 9. Todas (100%) as que realizaram o exame durante a intervenção foram anotadas na ficha-espelho e nos seus respectivos prontuários. À semelhança dos preventivos, esses exames também foram anotados nos cadernos da enfermagem.

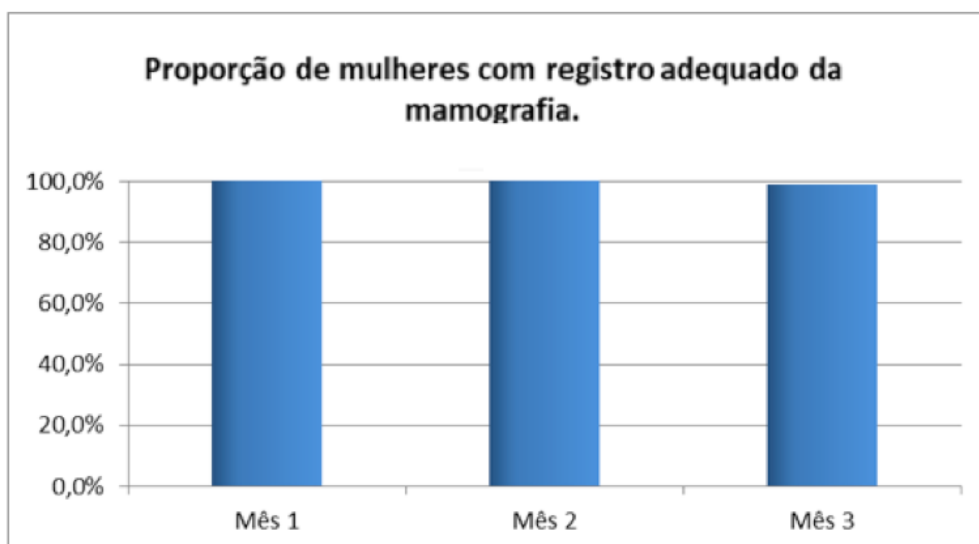


Figura 9 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado da mamografia durante a intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Quanto a pesquisa de sinais de alerta sobre câncer de colo de útero nas mulheres da faixa etária indicada, 100% das pacientes atendidas receberam as orientações necessárias durante os três meses – Figura 10. Foram abordados temas como sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorréia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais em fases mais avançadas da doença.

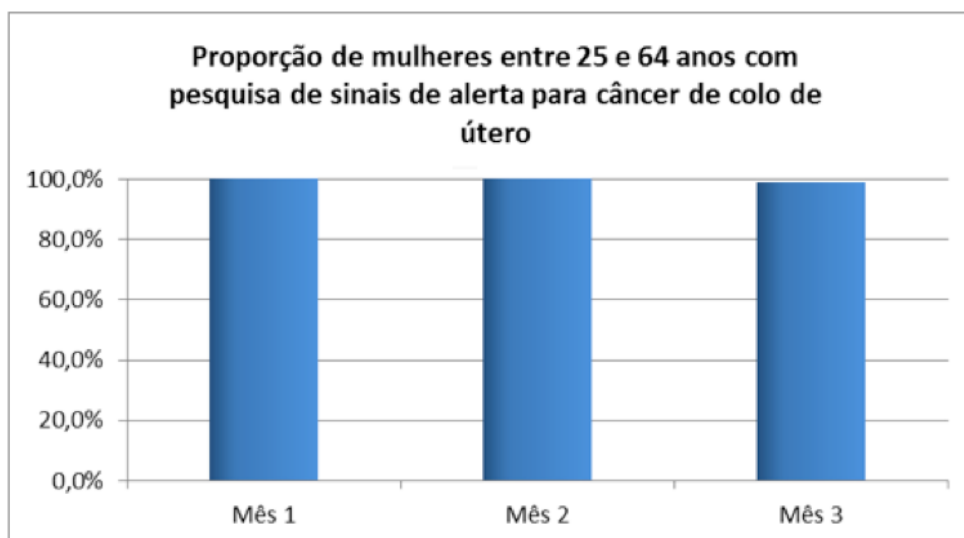


Figura 10 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero durante os meses da intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

A pesquisa de avaliação de risco para câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos segue o mesmo pensamento. Todas (100%) que se dispuseram a realizar os exames foram avaliadas quanto ao risco para desenvolvimento de câncer de mama – Figura 11.

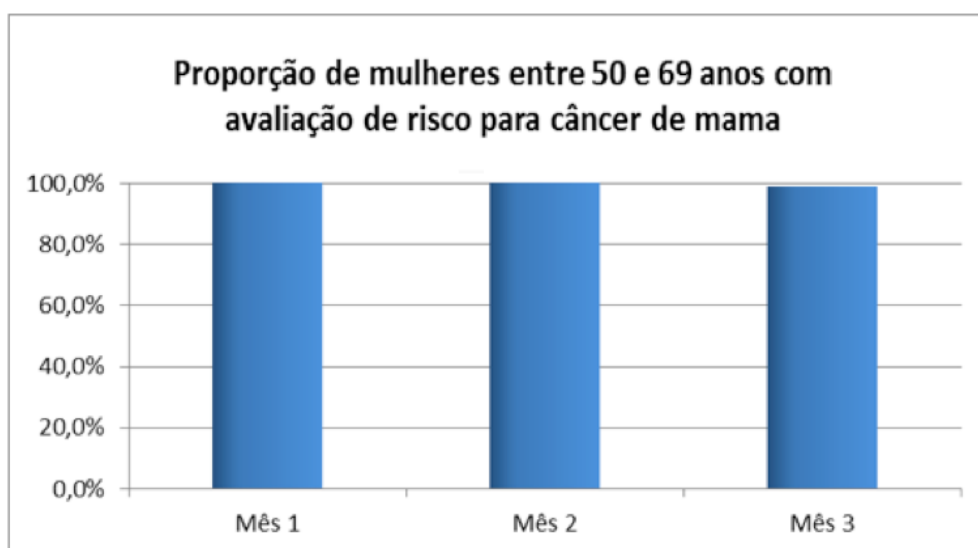


Figura 11 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Novamente, todas as mulheres entre 25 e 64 anos que foram atendidas receberam informação sobre as diversas DSTs e orientação sobre fatores de risco

para o câncer do colo do útero, ou seja, 100% das pacientes atendidas – Figura 12. Fatores de risco como infecção prévia pelo HPV, idade, tabagismo, sexarca precoce, múltiplos parceiros sexuais, entre outros foram abordados.

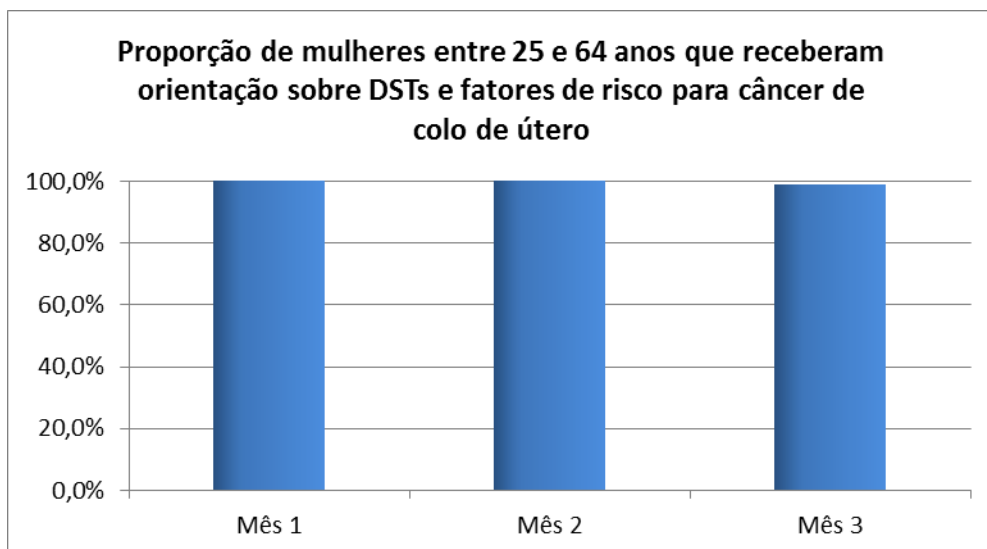


Figura 12 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero durante os meses de intervenção na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

Da mesma forma, todas as mulheres entre 50 e 69 anos que foram atendidas receberam informação sobre DSTs e orientação sobre fatores de risco para o câncer de mama, ou seja, 100% das pacientes atendidas, como mostra a Figura 13. Foram abordados fatores relacionados a história familiar, ao estilo de vida (como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool) e terapia de reposição hormonal. Todos estes fatores podem ser controlados e contribuir para diminuir a incidência do câncer de mama, o que historicamente tem sido pouco valorizado.

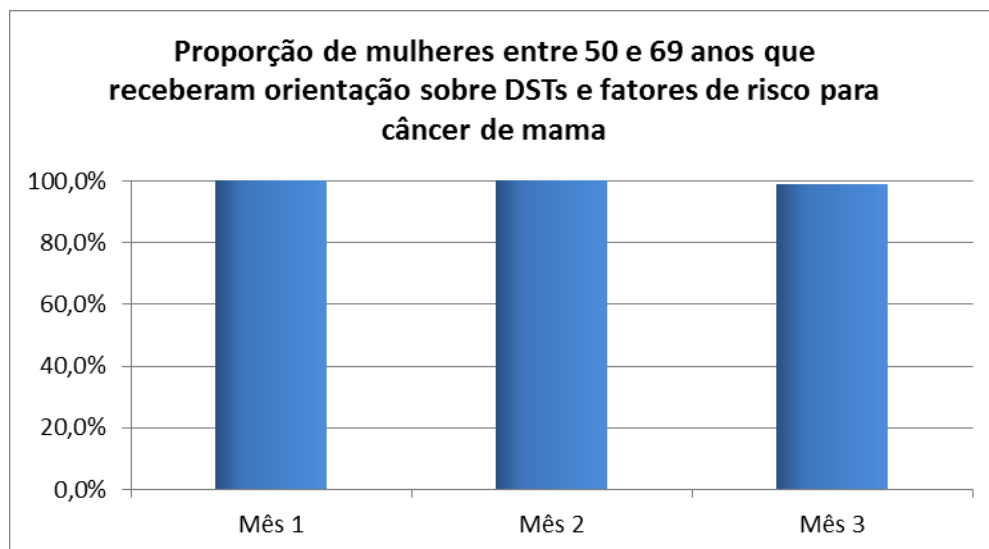


Figura 13 Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação durante a intervenção sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama na UBS Kennedy, Santa Maria, RS, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Kennedy nestas doze semanas propiciou significativa ampliação da cobertura da prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, uma qualificação adequada de toda a equipe a respeito do tema, incremento no número e na qualidade dos registros e, especialmente, uma conscientização importante sobre tais doenças na comunidade. Fatores de risco e sinais de alerta puderam ser exaustivamente pesquisados e ensinados aos pacientes a fim de que a prevenção primária pudesse ser consolidada na região.

A equipe foi capacitada pela médica da ESF e temas como acolhimento, cadastramento, periodicidade e faixa etária de realização de mamografias e de exames citopatológicos foram abordados, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Apesar da resistência ao início da intervenção, no decorrer das semanas e ao fim do período notou-se um engajamento muito significativo de boa parte da equipe, fazendo com que os resultados obtidos fossem satisfatórios. Os dez agentes comunitários de saúde e mais o médico da ESF foram responsáveis pelo monitoramento da cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama e por seu cadastramento, enquanto que a equipe de enfermagem e o médico da ESF foram responsáveis por monitorar e avaliar a adequabilidade das amostras dos exames coletados. A equipe de enfermagem e o médico realizaram o

monitoramento dos resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero e de câncer de mama e, juntamente com os ACS, toda a equipe permaneceu atenta à periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pelo Ministério da Saúde.

Foi de responsabilidade de toda a equipe informar a comunidade através de palestras/encontros e, durante o atendimento na UBS, sobre a importância de realização dos exames para detecção desses dois tipos de cânceres, bem como seu acompanhamento regular. Toda a equipe esteve ciente de como o registro das informações era realizado, desde a recepção, até a equipe de enfermagem e ACS.

Antes da intervenção, os exames citopatológicos e os exames clínicos das mamas e mamografias eram realizados exclusivamente pelos ginecologistas atuantes no local. Nem mesmo a equipe de enfermagem possuía esse tipo de atuação, e, talvez por esse motivo, houve uma resistência ao tentar descentralizar esse procedimento da figura médica somente. Nos dois últimos meses da intervenção, a participação da enfermagem tornou-se mais ativa, incorporando à sua rotina alguns turnos de exames preventivos e solicitação de mamografias concomitante à rotina dos ginecologistas e da médica da ESF. A intervenção foi, portanto, um momento crucial para revermos as atribuições da equipe viabilizando um número maior de atendimentos a mulheres da região. Com o engajamento da equipe, a melhoria e a agilidade nos registros foi evidente, não sobrecarregando apenas poucas pessoas, fato comum nas primeiras semanas. Um número maior de pacientes pode ser acolhida, visto que três agendas foram ofertadas. Organização essa que foi essencial para o sucesso da campanha do Outubro Rosa, quando foi possível uma imensa cobertura da população adscrita.

O impacto da intervenção já foi, sem dúvida, bastante sentido pela comunidade. Inúmeras pacientes - antes em atraso com seus exames - conseguiram realizá-los e já terem conhecimento dos resultados em um curto espaço de tempo. O maior impacto ocorreu no terceiro mês de intervenção, tanto por tratar-se do mês específico para a saúde da mulher, como por já haver bastante divulgação na comunidade desde o início da intervenção.

Um impacto negativo foi por conta da priorização dos atendimentos ginecológicos em detrimento dos pacientes hipertensos e diabéticos – uma parcela bastante significativa da população residente na área. A situação era contornada

através da explicação da intervenção, mas nem sempre havia um entendimento adequado.

Apesar do sucesso que considero ter alcançado, a intervenção poderia ter sido mais satisfatória se tivesse um engajamento da equipe de enfermagem desde o seu início. A real conscientização ocorreu somente após o primeiro mês, tempo este precioso em que poderíamos ter abrangido um maior número de mulheres. Atualmente a equipe está integrada e como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades antes encontradas.

A prevenção dos cânceres de colo de útero e mama será incorporada à rotina da UBS. Para isto, a conscientização da comunidade permanecerá sendo realizada ao longo do tempo através de grupos de mulheres e de palestras na região. As fichas-espelho estão todas adequadamente arquivadas facilitando a consulta sobre cada paciente, bem como sua busca ativa, caso necessário. Os próximos passos são baseados, especialmente, em manter o espírito de equipe adquirido nesses três meses, a fim de que possamos melhorar cada vez mais a saúde da mulher como um todo. Ainda não há previsão de novos ACS para as áreas ainda não cobertas, mesmo assim a idéia é ampliar a oferta da prevenção para pacientes fora da área adscrita.

4. Relatório de intervenção para os gestores

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil e no mundo justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, bem como tratamento e encaminhamentos a outros níveis de atenção, quando necessário. Além dos cuidados com o câncer de colo uterino, uma atenção especial deve ser dada às mamas. A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. Portanto, é de fundamental importância a implementação do projeto elaborado sobre prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, de forma a enfatizar a atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica.

A intervenção na UBS Kennedy durante doze semanas propiciou significativa ampliação da cobertura da prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, uma qualificação adequada de toda a equipe, incremento no número e na qualidade dos registros e, especialmente, uma conscientização importante sobre tais doenças na comunidade. A estimativa é de que na área existam aproximadamente 1040 mulheres nas faixas etárias preconizadas para a prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, sendo contabilizadas 904 mulheres entre 25 e 64 anos e 309 entre 50 e 69 anos. Fatores de risco e sinais de alerta puderam ser exaustivamente pesquisados e ensinados aos pacientes a fim de que a prevenção primária pudesse ser consolidada na região.

A prevenção dos cânceres de colo de útero e mama será incorporada à rotina da UBS com mais afinco do que já é realizada atualmente. Para isto, a conscientização da comunidade permanecerá sendo realizada ao longo do tempo através de grupos de mulheres ou de palestras na região.

Antes da intervenção, os exames citopatológicos e os exames clínicos das mamas e mamografias eram realizados exclusivamente pelos ginecologistas da UBS. Nem mesmo a equipe de enfermagem possuía esse tipo de atuação, talvez por tal motivo houve uma resistência ao tentar descentralizar esses procedimentos da figura médica somente. A partir dessa mudança, os exames ficarão a cargo dos ginecologistas, da médica da ESF e da equipe de enfermagem.

As fichas-espelho estão todas adequadamente arquivadas facilitando a consulta sobre cada paciente, bem como sua busca ativa, caso necessário. Os próximos passos são baseados, especialmente, em manter o espírito de equipe adquirido nesses três meses, a fim de que possamos melhorar cada vez mais a saúde da mulher como um todo.

Menos de 30% das pacientes entre 25 e 64 anos residentes e cadastradas na área estavam com seus exames citopatológicos em dia. A meta era ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero para 60%, totalizando cerca de 542 pacientes. Ao final dos três meses de intervenção, a meta inicialmente proposta foi alcançada com êxito, totalizando 86,9% (785 mulheres).

Com relação ao controle do câncer de mama, menos de 35% das mulheres na faixa etária preconizada estavam com a mamografia em dia ao início da intervenção. A meta proposta – 60% (185 mulheres) - também foi alcançada, com mais de 85% das pacientes com exames em dia, totalizando 286 mulheres.

Apesar do sucesso alcançado, a intervenção poderia ter sido mais satisfatória se tivesse um engajamento da equipe de enfermagem desde o seu início. Atualmente a equipe está integrada, mas ainda incompleta. Como pretendemos incorporar a intervenção à rotina do serviço, há necessidade urgente de profissionais para complementação da equipe da ESF.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. Alguns aspectos como maior disponibilidade de material e de pessoal para a realização dos exames ainda necessitam ser melhorados. No entanto, o sucesso da intervenção foi possível mesmo com alguns obstáculos, através da parceria da Secretaria da Saúde do município. Esperamos que este apoio seja reforçado para a continuidade das ações.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

À comunidade assistida pela UBS Kennedy

A intervenção proposta para a UBS Kennedy faz parte do grande núcleo que é a Saúde da Mulher, com enfoque na prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. Esse trabalho propiciou uma ampliação da cobertura da prevenção desses dois tipos de cânceres e uma conscientização importante na comunidade. A estimativa é de que na área existam aproximadamente 1040 mulheres nas faixas etárias preconizadas para a prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, sendo contabilizadas 904 mulheres entre 25 e 64 anos e 309 entre 50 e 69 anos. Fatores de risco e sinais de alerta puderam ser exaustivamente pesquisados e ensinados aos pacientes a fim de que a prevenção primária pudesse ser consolidada na região.

Para que a intervenção obtivesse sucesso e alcançasse o público feminino da região, foram realizados grupos quinzenais quando palestras foram ministradas para que dúvidas fossem esclarecidas. Durante esses encontros, foram expostos à população a qualidade dos exames coletados, bem como foi explicado os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Foram estabelecidas medidas de

combate aos fatores de risco passíveis de modificação e dicas para a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce dessas doenças.

O impacto da intervenção foi, sem dúvida, bastante sentido pela comunidade. Inúmeras pacientes - antes em atraso com seus exames - conseguiram realizá-los e já terem conhecimento dos resultados em um curto espaço de tempo. O maior impacto ocorreu no terceiro mês de intervenção, tanto por tratar-se do mês específico para a saúde da mulher, como por já haver bastante divulgação na comunidade desde o início da intervenção.

A prevenção dos cânceres de colo de útero e mama será incorporada à rotina da Unidade de Saúde. Para isto, a conscientização da comunidade permanecerá sendo realizada ao longo do tempo por toda a equipe através de grupos de mulheres ou de encontros/palestras na região. As fichas-espelho estão todas adequadamente arquivadas facilitando a consulta sobre cada paciente, bem como sua busca ativa, caso necessário. Os próximos passos são baseados, especialmente, em manter o espírito de equipe adquirido nesses três meses, a fim de que possamos melhorar cada vez mais a saúde da mulher como um todo.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O ingresso no PROVAB durante este ano propiciou um crescimento pessoal e profissional imenso. Fui alocada para uma Unidade, até então, somente com médicos trabalhando sob regime de livre demanda, sem uma Estratégia da Saúde da Família implementada. Um dos desafios que nos foi proposto foi justamente a tentativa de implementação da ESF no local, a fim de que pudéssemos criar uma unidade mista. A UBS Kennedy já contava com o trabalho de 10 ACS, alguns com mais de 10 anos de serviço. Somente parte da população residente na área é coberta pelos agentes (cerca de 50%). Antes de nossa chegada, 100% da população, assistida por agente de saúde ou não, entrava no sistema de livre demanda. A partir da tentativa de implantação de uma ESF, a população coberta por agentes passou a ser assistida pelos médicos da Estratégia; o restante permanece na livre demanda.

No decorrer do ano tive a oportunidade de vislumbrar desde a implantação de uma ESF até o seu funcionamento pleno, com todas as dificuldades e empecilhos existentes. Empecilhos estes que vão desde falta de recursos financeiros e de pessoal até mesmo a relutância de alguns funcionários que demonstram resistência a mudanças. Poder fazer parte de um curso de Especialização em Saúde da Família só acrescentou ensinamentos positivos ao longo deste ano. Poder construir um conhecimento acerca da atenção primária foi de fundamental importância para que minha tarefa fosse cumprida com êxito e qualidade, e para que a comunidade obtivesse um benefício com tudo isso. Ser capaz de identificar e propor estratégias para eventuais melhorias necessárias foi uma expectativa e um objetivo alcançado ao final do curso.

6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. _____. _____. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em 13 dez.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Atlas da mortalidade**. Brasília, 2012.

_____. **Situação do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em: 11 jun.2014.

MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955-64, 2012.

MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G.; FARIAS, L. M.; FEITOZA, A. R. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev Rene**, v. 11, n. 1, p. 94-104., 2010.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.

Anexos

Anexo 1

Planilha De Objetivos, Metas, Indicadores e Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama		
METAS	INDICADORES	
1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%.	1.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.	Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.
		Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.
1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.	1.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.	Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.
		Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente). 	<ul style="list-style-type: none"> Acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea). Cadastrar todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde que possuem agentes comunitários de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos. Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero.
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente). 	<ul style="list-style-type: none"> Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea). Cadastrar todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde que possuem agentes comunitários de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade. Esclarecer a comunidade sobre a importância de realização do auto-exame de mamas. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade. Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia.

Objetivo 2. Melhorar a a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde		
METAS	INDICADORES	
2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.	2.1. Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.	Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados.
		Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados. 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar arquivo próprio e organizado para acomodar os resultados dos exames. Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados. 	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados. 	<ul style="list-style-type: none"> Atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia

METAS	INDICADORES	
3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde	3.1. Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.	Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde.
		Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado.
3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde	3.2. Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.	Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.
		Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada
3.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde em áreas de ACS.	3.3. Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.	Numerador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.
		Denominador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero. • Acolher todas as mulheres das áreas cobertas por ACS que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero. • Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas. • Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas. • Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular. • Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). • Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames. • Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. • Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames. • Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde, nas regiões cobertas por ACS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia. • Acolher todas as mulheres de áreas cobertas por ACS que procuram a unidade de saúde entregar mamografia. • Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas. • Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas. • Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular. • Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). • Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames. • Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. • Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames. • Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS	INDICADORES	
4.1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS.	4.1. Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.	Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.
		Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.
4.2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas em áreas de ACS.	4.2. Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.	Numerador: Número de registros adequados da mamografia
		Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres de áreas cobertas por ACS acompanhadas na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria. Implantar ficha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento do registro. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer às mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações.

Objetivo 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

METAS	INDICADORES	
5. Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cobertas por ACS (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).	5.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.	Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero
		Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.
5.2. Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres cobertas por ACS entre 50 e 69 anos.	5.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.	Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.
		Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde, cobertas por ACS. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama. Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer às mulheres e à comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação. Ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama. Capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

Objetivo 6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

METAS	INDICADORES	
6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.	6.1. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.	Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.
		Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.
6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas e cobertas por ACS sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.	6.2. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.	Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.
		Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar número de mulheres que receberam orientações. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar na comunidade para: o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Anexo 2
Ficha Espelho



Especialização em
Saúde da Família
 Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Pontuário: ____ Cartão SUS ____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____

[illegible]



PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA
FICHA ESPELHO

[illegible]

Anexo 3

Planilha de Coleta de Dados

[illegible]

Anexo 4
Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

